

209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA HOSPITAL GENERAL DR. BELISARIO DOMINGUEZ, ISSSTE

FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA INEXISTENCIA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA MATERNO INFANTIL EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. BELISARIO DOMINGUEZ" DEL ISSSTE

297163

T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: EVA ESTHER SUAREZ GOMEZ



ASESOR: L.E.O. JULIO HERNANDEZ FALCON Enfermería y Obstetricia Coordinación de Servicio Social



TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS JULIO DE 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

Con infinito agradecimiento a Dios, por haberme brindado esta oportunidad de concluir mis estudios.

A mi padre, que a pesar de haber fallecido, continua presente en todos los actos de mi vida.

Con todo mi cariño para mi mamá, que siempre ha demostrado gran entereza para lograr las metas que se ha fijado.

Con profundo amor a mi esposo e hijos, quienes con sus frecuentes desvelos me apoyaron para la realización de esta Licenciatura.

A todos los(as) profesores(as) a quienes agradezco todas y cada una de las experiencias que he tenido durante el desarrollo de esta Licenciatura en enfermería.

A la coordinadora del curso, quien con su continuo estímulo he podido llegar hasta este momento.

Eva Esther

# INDICE GENERAL

CAPITULOS	PAGINAS
I. INTRODUCCIÓN.	1
II. MARCO TEORICO.	2
2.1. Definición de enfermería y sus propósitos.	2
2.2. Significado histórico de los cuidados de enfermería.	3
2.3. Análisis histórico de los cuidados de enfermería.	5
2.4. La mujer azteca.	5
2.5. Perfil de la partera y la enfermera del siglo XIX.	7
2.6. Condiciones en que se inicia la profesionalización de enfermería.	8
2.7. Antecedentes de la enfermería materno infantil.	9
2.7.1. Metas de la atención materna.	11
2.7.2. Programa de Salud Materno Infantil en España.	12
2.7.3. Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar del IMSS, México.	13
2.7.4. Cuidados perinatales.	14
2.7.5. Tendencias de los cuidados perinatales.	15
2.7.6. Tendencias demográficas.	16
2.7.7. Tendencias en el estado de Salud.	16
2.8. Filosofía acerca de los cuidados de maternidad.	17
2.9. Enfermería obstétrica y cuidados centrados en la familia.	19
2.10. Contexto social de los cuidados de maternidad.	22
2.11. Uso del poder social en la familia.	22
2.12. Los papeles familiares y la enfermera.	24
2.12.1. Papel de la enfermera.	24
2.13. Significado social y cultural de la procreación.	25
2.13.1. Motivaciones para procrear.	25
2.13.2. Tendencias sociales actuales que afectan las motivaciones para procrear.	27
2.13.3. Impacto de los servicios de maternidad.	27

2.14.	Factores socioculturales que afectan la reproducción.	28
2.14.1.	Factores sociodemográficos y usos de los servicios de maternidad.	28
2.14.2.	Problemas en la organización de los cuidados para la salud.	29
2.15.	Factores de riesgo social y resultados reproductivos.	32
2.15.1.	Factores de riesgo sociodemográfico.	32
2.16.	Salud sexual durante el embarazo y el postparto.	33
2.16.1.	Valoración de enfermería.	33
2.16.2.	Diagnostico de enfermería.	33
2.16.3.	Plantación del proceso de enfermería.	34
2.16.4.	Historia sexual durante el embarazo y el postparto.	34
2.17.	Guías y manuales existentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	35
2.17.1.	Guía diagnostico terapéutica para la atención prenatal en medicina.	35
2.17.2.	Guía para la obtención del consentimiento informado de planificación familiar.	36
2.17.3.	Guía técnica de apoyo para la enfermera materno infantil en la vigilancia del menor de 5 años.	38
2.18.	Desarrollo histórico del campo de la salud Materno Infantil en Estado Unidos.	38
2.19.	Estadística Mundiales, Nacionales y locales de la Atención Materno Infantil.	47
2.19.1	Estadísticas Mundiales de la Atención Materno Infantil.	47
2.19.2.	Niños saludable: Meta 2002.	49
2.19.3.	Estadísticas Nacionales de la Atención Materno Infantil.	53
2.19.4.	Estadísticas Locales de la Atención Materno Infantil.	61

III.	MATERIAL Y METODO.	65
3.1.	Justificación.	65
3.2.	Objetivos.	66
3.3.	Planteamientos del problema.	67
3.4.	Hipótesis.	67
3.5.	Definición de variable.	68
3.6.	Tipo de estudio.	69
3.7.	Universo de estudio.	69
3.8.	Unidades de observación.	69
3.9.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	70
3.10.	Universo muestra.	71
3.11.	Instrumentos.	73
3.12.	Validez y confiabilidad.	74
3.13.	Procesamiento estadístico.	74
IV.	RESULTADOS.	75
4.1.	Datos generales de los usuarios demandantes de los servicios de salud en el Hospital "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.	75
4.2.	Datos específicos de los usuarios demandantes de los servicios de salud en el Hospital "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.	79
4.3.	Datos adquiridos en las respuestas emitidas por los tomadores de decisión.	88
4.4.	Discusión y análisis.	89
4.5.	Propuestas.	90
4.6.	Conclusiones.	91

## BIBLIOGRAFÍA

## ANEXOS

## INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Figura # 1	La enfermería de maternidad es una función de facetas múltiples	26
Cuadro # 1	Edad de los usuarios encuestados.	75
Gráfica #1	Edad de los usuarios encuestados.	75
Figura # 2	Factores que influyen para la toma de decisión de control de la fertilidad	30
Cuadro # 1	Estado civil de las usuarias.	76
Gráfica #1	Estado civil de las usuarias.	76
Figura # 3	Guía para la obtención de conocimiento informado de planificación familiar.	37
Cuadro # 3	Escolaridad de las usuarias.	77
Gráfica # 3	Escolaridad de las usuarias.	77
Figura # 4	Países donde la mortalidad de los niños supera a la de las niñas	48
Cuadro # 4	Ocupación de las usuarias.	78
Gráfica # 4	Ocupación de las usuarias.	78
Figura # 5	Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal.	53
Cuadro # 5	Edad de los hijos.	79
Gráfica # 5	Edad de los hijos.	79
Figura # 6	Mortalidad según grupo de edades.	54
Cuadro # 6	Asistencia a control del niño sano.	80
Gráfica # 6	Asistencia a control del niño sano.	80
Figura # 7	Porcentaje de la mortalidad infantil preescolar y materna.	55
Cuadro # 7	Personal que atendió el último parto.	81
Gráfica # 7	Personal que atendió el último parto.	81
Figura # 8	Defunciones generales, infantiles y tasa de mortalidad infantil por residencia habitual y año de registro según sexo.	57
Cuadro # 8	Conocimiento de las ventajas de la lactancia materna	82
Gráfica # 8	Conocimiento de las ventajas de la lactancia materna	82
Figura # 9	Defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil por municipio de residencia habitual del fallecido, según sexo.	58
Cuadro # 9	Conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo.	83
Gráfica # 9	Conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo.	83

## INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Figura # 10	Atención obstetricia estudios de diagnóstico por entidad federativa . . . . .	58
Cuadro # 10	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales. . . . .	84
Gráfica #10	Frecuencia de enfermedades gastrointestinales. . . . .	84
Figura # 11	Servicios de hospitalización por institución de salud. . . . .	59
Cuadro # 11	Detección de signos de alarma en enfermedades Respiratorias. . . . .	85
Gráfica #11	Detección de signos de alarma en enfermedades Respiratorias. . . . .	85
Figura # 12	Mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas . . . . .	59
Cuadro # 12	Conocimiento del servicio de Enfermería Materno Infantil. . . . .	86
Gráfica # 12	Conocimiento del servicio de Enfermería Materno Infantil. . . . .	86
Figura # 13	Nuevas aceptantes y usuarias activas de métodos de planificación Familiar. . . . .	60
Cuadro # 13	Deseo de la existencia del servicio de Enfermería Materno Infantil. . . . .	87
Gráfica # 13	Deseo de la existencia del servicio de Enfermería Materno Infantil. . . . .	87
Figura # 14	Atención obstétrica en el hospital general Dr. Belisario Domínguez. . . . .	61
Figura # 15	Muertes fetales acontecidas en el hospital general Dr. Belisario Domínguez. . . . .	62
Figura # 16	Tipos de nacimientos registrados en el hospital general Dr. Belisario Domínguez. . . . .	62
Figura # 17	Principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años en el hospital general Dr. Belisario Domínguez. . . . .	63
Figura # 18	Principales causas de egresos en el servicio de ginecología del hospital general Dr. Belisario Domínguez. . . . .	64
Figura # 19	Definición operativa. . . . .	69

## **INDICE DE CUADROS Y FIGURAS**

Figura # 20	Universo muestra. . . . .	71
Figura # 21	Plantilla ideal del departamento de enfermería del hospital general Dr. Belisario Domínguez. . . . .	72

## RESUMEN

Durante la semana del 10 al 14 de abril del año 2000 se realizó un estudio para identificar los factores que influyen para la inexistencia del servicio de Enfermería Materno Infantil en el Hospital General Dr. Belisario Domínguez del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Para la realización de esta investigación se eligió un diseño de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, siendo las unidades de observación Programas y políticas del Instituto, tomadores de decisiones y usuarios. Los criterios de inclusión considerados fueron: Programas del ISSSTE, directivos del hospital, jefes de servicio tanto médicos como de enfermería, mujeres embarazadas y niños menores de cinco años; no se consideraron en el estudio programas de otras instituciones, médicos generales, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, personal administrativo, adultos masculinos, mujeres no embarazadas, niños enfermos y mayores de cinco años; se eliminaron programas no vigentes, directivos de otras instituciones y a todos lo no derechohabientes.

Para la realización del estudio se consideró una muestra no estadística, arbitraria, sin reposición; estimando a 460 mujeres en edad fértil que asistieron a consulta durante el último semestre de 1999, tomando una muestra de 30 derechohabientes femeninas.

Para la recolección de la información se diseñaron dos encuestas para ser aplicadas a las usuarias y a los directivos respectivamente.

Al realizar el análisis de estos resultados nos podemos dar cuenta que la existencia del servicio de Enfermería Materno Infantil es necesario, ya que de esta manera podrían las usuarias disminuir el tiempo de espera, así mismo llevar un control más cuidadoso y detallado del crecimiento y desarrollo de sus menores hijos, y tener una orientación adecuada y oportuna durante sus embarazos, detectando factores de riesgo que puedan poner en peligro la vida de la madre y su hijo, y de esta manera canalizarlas, en caso necesario con el médico especialista o general para un mejor control.

Se propone la implementación del servicio de Enfermería Materno Infantil, y me comprometo a asesorar al personal que sea designado para atender a los usuarios del mismo.

Se concluye que aunque difícil la creación el inicio de este servicio no es imposible, pues con este estudio se puede demostrar la necesidad de su consideración.

# I. INTRODUCCIÓN

Las condiciones sanitarias, económicas, culturales y sociales están estrechamente relacionadas con la salud materno infantil, siendo esto de gran importancia, pues la madre está expuesta a riesgo durante el embarazo, parto y puerperio y el niño a las dificultades del crecimiento y desarrollo.

Todo esto justifica la existencia de programas especiales de conservación y fomento de la salud de la madre y de su hijo.

Otra razón que es y ha sido de vital importancia, es que la salud es una manifestación de la calidad de vida de una población.

Aunado a esto, las tendencias de la salud perinatal, en las cuales las enfermeras nos vemos involucradas directamente, recayendo sobre nosotras la responsabilidad de evitar que otros profesionales de la salud nos desplacen, realizando actividades inherentes a nuestra profesión.

El servicio que brinda la atención Materno Infantil está encaminada a ofrecer un control higiénico del embarazo, parto y puerperio, prevención de enfermedades y evitar la muerte perinatal a través del control prenatal, vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, orientación sobre la nutrición materna y del niño, detección oportuna de factores de riesgo durante el embarazo y orientación sobre la planificación familiar.

La presente investigación está integrada por cuatro capítulos; Introducción, Marco teórico, Material y método y Resultados.

Además se ha considerado la inclusión de anexos en los cuales aparecerán la recopilación de datos en cuadros y gráficas como resultado de las encuestas aplicadas en el hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE.

## II MARCO TEÓRICO

### 2.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA Y SUS PROPÓSITOS

Enfermería: Esta palabra ha tenido muchos significados a través de la historia, pues en 1858 Florence Nightingale escribió el objetivo de la enfermería "poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actúe sobre él", de ésta manera varios expertos en el campo la han definido como una ciencia y un arte, haciendo énfasis en la atención de los enfermos; más recientemente se ha dicho que la enfermería está encaminada a conservar y fomentar la salud, así como a la prevención de enfermedades. (1)

En 1996 Virginia Henderson marca las funciones de la enfermera siguiente:

"Ayudar a las personas, enfermas o sanas, en la realización de actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que puedan efectuarlas sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además, hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible".

En 1980 la American Nurses' Association publicó *Nursing: A Social Policy Statement* documento en que se describe el contexto social de la enfermera,

delineado las características y los alcances de la práctica de ésta disciplina, definiendo a la enfermería como "El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o en potencia"

En 1983 Yura y Walsh afirman que los propósitos de la enfermería son:

"Mantener el bienestar general del paciente en nivel óptimo y, dicho estado cambia, brindarle atención especializada en la cantidad y calidad necesarias para que recupere tal bienestar. Si no puede lograrse esto, las actividades de la enfermera deben contribuir a mejorar la calidad de vida del sujeto, con el aprovechamiento óptimo de los recursos de que dispone éste, para lograr tal calidad durante el mayor tiempo posible"

## 2.2 SIGNIFICADO HISTÓRICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico ya que los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad surge con carácter propio e independiente.

---

(<sup>1</sup>) BRUNNER, Lillian Sholtis. SIDDARTH. Doris Smith. Enfermería Médico Quirúrgica. México D.F. 6ª edición, Ed. Interamericana 1980. pág 2,3

Colliere, afirma que las enfermeras (os) aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en lugares con bajo nivel social y cultural. (2)

En la actualidad se continua tratando de asegurar la supervivencia a través de cubrir las necesidades fundamentales, sustentarse, protegerse de la intemperie, el cuidado de las mujeres de parto y del recién nacido.

Por lo tanto, cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie del grupo.

A finales del siglo XIX tanto la física como la química ayudan al progreso de la ciencia médica, pues los refugios de vagabundos, indigentes, pobres, etc., se convierten en hospitales en donde se dará tratamiento a la enfermedad y está en manos del médico la solución a esos problemas tratando de detectar tempranamente los procesos patológicos, pero ellos solos no podrán con todo el trabajo, requiriendo de la presencia de la mujer la cual proporcionará los cuidados de enfermería.

---

(2) F. COLLIERE, Marie. Promover la vida, Ed. Interamericana McGraw Hill. Madrid 1993. P.p. 5-10

## 2.3 ANÁLISIS HISTÓRICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería tienen una historia, la cual parte de la identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta fines de la edad media.

Identificación de los cuidados de la mujer-consagrada; desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia.

Identificación de los cuidados de la mujer-enfermera, como auxiliar médico, desde principios del siglo XIX hasta finales de los sesentas.

## 2.4 LA MUJER AZTECA

**2.4.1 La participación femenina en la producción social.** En la sociedad mexicana la mujer realizaba todas las labores del hogar; sexualmente la división del trabajo estaba bien definido. La mujer tenochca estaba convencida que su función en la vida era parir y ser madre solícita, tenían que cuidar y educar a los hijos. La mujer noble solamente podía realizar actividades domésticas y las mujeres del pueblo podían vender sus productos en el mercado. Así mismo únicamente podían ejecutar las actividades que sus madres les habían enseñado, como (costurera, curandera, hechicera, PARTERA, etc.).

Las parteras eran mujeres ancianas que ayudaban a la parturienta a dar a luz, bautizaban al recién nacido asignándole el primer nombre (provisionalmente).

El nacimiento y los ritos bautismales entre los nahuas era importante, ya que tenían la creencia que el embarazo se debía a causas divinas. Los aztecas tenían una idea poco clara de la concepción, pues comenzaron a vislumbrar que ésta se llevaba a partir del líquido seminal acumulado, pensando que era necesario durante los primeros meses tener relaciones sexuales frecuentemente para fortalecer al producto.

Cabe mencionara que desde esas épocas la mujer estaba sometida a los deseos del hombre, pues si en el parto se presentaban complicaciones y era necesario la extracción del producto tenían que autorizar esas acciones y si no las autorizaban la mujer moría sin remedio.

Si nacían niñas eran confinadas al hogar y no podían realizar actividades fuera de casa. Cuando nacía un varón se realizaba una ceremonia en la cual se les designaba la actividad a la que estarían destinados.

En la sociedad mexicana se daba un gran valor a la procreación, al amor filial, el repudio a los célibes y a los homosexuales. El aborto era castigado con la pena de muerte; el control natal se dio a través de los temores que emanaban de sus creencias, existiendo factores que influyeron para fomentar la procreación. ,

siendo la mortalidad infantil alta, las constantes bajas militares, valor económico de los menores, naciendo de esta manera la institución llamada FAMILIA.

## 2.5. PERFIL DE LA PARTERA Y LA ENFERMERA DEL SIGLO XIX

Al finalizar el siglo XIX la situación educativa en México era alarmante, pues solamente el 9.3% de la población tenían la posibilidad de estudiar y la mujer continuaba marginada y solamente podía estudiar para maestra o partera, solicitando como requisito estudios de primaria.

Las parteras aparecían por todo el país indiscriminadamente, pero para 1833 la Universidad Nacional de México inicia la formación de parteras en la escuela de medicina, ocupando un lugar distinguido en la sociedad.

La situación de la enfermera era muy distinta ya que ésta realizaba actividades de limpieza y mensajería, dependiendo de las parteras, del médico o de las órdenes religiosas; desarrollándose en forma cautiva.

A mediados del siglo XIX la partera comienza a perder su estatus social, ya que el médico acomete en las actividades de éstas, desplazándolas e invadiendo su área, abordando el campo obstétrico y de ginecología. De esta manera nace la carrera de enfermería.

## 2.6. CONDICIONES EN QUE SE INICIA LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.

Al iniciar el siglo XX el médico ven la necesidad de las enfermeras, pues ya no cuentan con las religiosas que eran las que actuaban como asistentes médicos voluntarias, sin pago alguno.

Las parteras no podían cuidar enfermos, pues sus funciones estaban bien definidas.

Las pocas enfermeras existentes carecían del perfil académico que en esa época se requería.

Por todo esto los propios médicos propusieron y facilitaron la formación de las enfermeras, poniendo como condición un grado académico específico, y para 1911 la escuela de enfermería pasó a depender de la Universidad Nacional de México a través de la escuela de medicina.

La formación de enfermería se centro en el cuidado del enfermo hospitalizado. Para 1938 la Secretaría de Asistencia Pública consolidó un proyecto de atención a las zonas rurales, favoreciendo la formación de enfermeras sanitarias o comunitarias, las que llevaban sus cuidados a las fábricas, teniendo autonomía para planear, implementar y evaluar las acciones de enfermería que realizaba,

Posteriormente y como había sucedido antes, los médicos comienzan a entrometerse en esta área, desplazando a la enfermera. En 1968 y dadas las condiciones en que se desarrollaba la enfermería, desapareció la carrera de partera para ser sustituida por la Licenciatura en Enfermería. Esta determinación dio origen a la aparición de parteras empíricas, que para 1976 es reglamentada su capacitación.

## 2.7 ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL:

Para comprender el concepto enfermería materno infantil, es necesario hacer un análisis de éste término, conociendo el significado de las palabras; Obstetricia: Se define como la rama de la medicina que estudia el parto, sus antecedentes y sus secuelas. Estudia el control del embarazo, parto y puerperio tanto en circunstancias normales como anormales.

Obstetricia deriva del latín *obstetricia u obstetrix* que significa *partera*, la forma verbal significa dar apoyo. Hasta finales del siglo XIX, tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña se utilizaba la palabra *partera* para referirse a la persona que cuidaba de la embarazada y le brindaba atención en el parto.

Hace más de 30 años, el comité experto en cuidados de maternidad de la Organización Mundial de la Salud definió y delineó los objetivos de los cuidados

de maternidad, los cuales son: *"Asegurar que todas las madres embarazadas tengan hijos sanos, conserven una buena salud y aprendan a cuidar de ellos."*

Con esto nos podremos dar cuenta que desde hace mucho tiempo se le ha dado gran importancia tanto a la madre como al hijo.

"El término Salud Materno Infantil, se ha empleado durante más de 70 años. En 1912, un acta del Congreso Norteamericano dio origen al US Children's Bureau con el fin de promover la salud materno infantil "entre todo tipo de personas". Este se reorganizó para dar lugar al National Institutes of Health y antes efectuó contribuciones significativas para la promoción de la salud materno infantil en ese país"<sup>(3)</sup>

La Salud Materno Infantil se subdivide como su nombre lo dice en cuidados maternos, cuidados perinatales y vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, todo esto con el fin de identificar y encaminar los cuidados a quien los requiera.

**El cuidado materno infantil:** es la atención que proporciona la enfermera a la futura madre y a su familia durante el embarazo, parto y puerperio, incluye cuidados al feto y al recién nacido; es por eso que la enfermera materno infantil

---

<sup>3</sup> REEDER m, PhD, Faan Sharon J, MARTÍN RN, MS, DrPH, Leonide L y KONIAK RN, EdD Deborah, Enfermería Materno Infantil. México, D. F. 17ª Edición, Ed. Interamericana, 1999. p. p. 5.

es privilegiada al poder evaluar y proporcionar instrucciones sobre los cuidados perinatales, dando mayor importancia a la integridad de la unidad familiar, considerando al embarazo como un proceso fisiológico normal.<sup>(4)</sup>

**2.7.1. Metas de la atención materna:** Las metas adicionales que la enfermera materno infantil debe considerar son las siguientes:

- Ayudar a que la embarazada comprenda que el embarazo, el trabajo de parto y el nacimiento son procesos normales.
- Dar el apoyo adecuado para hacer del embarazo una experiencia grata y positiva.
- Proporcionar a la futura madre la instrucción adecuada durante el embarazo, parto y puerperio.
- Ser sensible a las necesidades sociales, espirituales y económicas de la futura madre.
- Detectar a tiempo las anomalías que pudieran presentarse durante el ciclo del embarazo, y de esta manera poder turnarla a las instancias que requiera.
- Estimular el proceso de vinculación entre padres e hijo.

---

<sup>4</sup> BURROUGHS, Arlene, Med. RN, Enfermería Materno Infantil, México, D.F. 7ª Edición. Edit. McGraw Interamericana, 1999. p.p. 3

**2.7.2 “Programa de Salud Materno Infantil en España”:** Este es un documento que contiene las propuestas aprobadas por el Pleno del Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud del día 4 de junio de 1990, elevadas por la Comisión de Seguimiento de Programas de Salud, llegando a los siguientes acuerdos:

- A) Aprobar el documento sobre Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil, que servirá de marco de referencia a las Comunidades Autónomas para la elaboración de sus programas.
- B) Aprobar las recomendaciones siguientes:
- Cada comunidad Autónoma deberá hacer explícita su política sanitaria en relación con la salud materno-infantil en forma de documento escrito.
  - Se establecerá un consenso entre todas las Comunidades Autónomas sobre cuales deben ser los objetivos mínimos básicos comunes a nivel estatal para garantizar la equidad en la atención a la salud materno-infantil y el mínimo de indicadores sanitarios para el seguimiento de las mejoras conseguidas en la salud materno-infantil.
  - Se fomentará la cooperación intersectorial como instrumento necesario para la consecución de una mejora en las condiciones que inciden en el nivel de salud materno-infantil.
  - Deberán establecerse cauces efectivos para lograr la integración de las distintas administraciones sanitarias.
  - Se elaborarán criterios de acreditación de Centros y Unidades Ostétrico-Neonatales.

- Se dedicarán los recursos necesarios para garantizar la disponibilidad de medios rápidos y eficaces para el transporte sanitario perinatal.
- La Atención Primaria de Salud será el ámbito fundamental de la atención a la salud materno-infantil.
- Dentro de la atención a la salud materno-infantil se considerarán las actuaciones prioritarias recogidas en el documento.

**2.7.3 Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar del IMSS, México:** En 1991 se llevó a cabo la evaluación de cinco unidades de las 38 que existen en el Distrito Federal pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Se evaluó la atención brindada a las mujeres embarazadas y a niños hasta de un año; actualmente la población definida como materno –infantil incluye a las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) y a los niños hasta los 5 años de edad.

En 1990, ambos grupos representaron el 36.9% de la población usuaria total de los servicios médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Dentro Del IMSS la mortalidad perinatal ha permanecido sin mayores cambios durante el periodo de 1981 a 1987, con una tasa de 18.5 a 18.8 muertes por mil

nacidos vivos respectivamente. En el periodo de 1982 a 1989, la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 59.6 a 46.2 muertos por mil nacidos vivos.

Se utilizaron 4 indicadores para evaluar la atención prenatal de las mujeres embarazadas como son:

- a. Semanas de embarazo en la primera consulta prenatal
- b. Número de consultas prenatales
- c. Número de veces en que se les tomo la presión arterial a las embarazadas antes del parto.
- d. Número de veces en que se les realizó un examen general de orina a las embarazadas antes del parto

Para los niños menores de un año se utilizaron los siguientes indicadores:

- a. Número de consultas al finalizar el primer año de vida.
- b. Peso.
- c. Número y tipo de vacunas (<sup>5</sup>)

**2.7.4. Cuidados perinatales:** Son un método para brindar cuidados para la salud, que permiten reducir la fragmentación entre los cuidados para la madre y el lactante. Siendo ajustados a niveles de acuerdo al tipo de embarazo y parto que presenten las embarazadas, siendo éstos de primer nivel los que no presenten complicaciones. Los de segundo nivel en este se atiende a madres con algunas patologías o problemas obstétricos y ciertos tipos de enfermedades neonatales y

---

<sup>5</sup> VEGA, Vega G., Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar, IMSS, Salud Pública México D. F. 1993; 35:283 -287

finalmente el tercer nivel vigila a madres con embarazos de alto riesgo siendo atendidos en centros hospitalarios con equipo y tecnologías avanzadas<sup>6</sup>)

**2.7.5. Tendencias de los cuidados perinatales:** Los cuidados perinatales se transforman en función de los cambios económicos, demográficos, sociales y del estado de salud de la población, éstos pueden tener un efecto indirecto o directo, como ejemplo indirecto tenemos:

Población de edad avanzada que en el futuro será mayor, ya que las personas en edad productiva de hoy serán mayores de 65 años para el año 2030.

Cambios económicos: éstos se dan de acuerdo a las fuerzas económicas, ya que el costo de atención se eleva en función a la falta de apoyo gubernamental y por ende la privatización de los servicios de salud y por consiguiente las clases sociales no privilegiadas no tendrán acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud.

Exceso de médicos: Es importante mencionarlo, ya que la matrícula escolar en las escuelas de medicina está siendo mayor día con día y esto está provocando que el personal de enfermería se tenga que preparar profesionalmente, pues con el tiempo el médico intentará asumir la expansión de funciones que las enfermeras llevan a cabo, como enseñanza, orientación y seguimiento.

---

<sup>6</sup> SILVER HK. Ford L: The pediatric nurse practitioner program: Expanding the role of de nurse to provide increased health care for children. JAMA 204: Abril 33, 1968, p.p. 298-302

Ejemplos con efectos directos:

**2.7.6. Tendencias demográficas:** Tres tendencias demográficas afectan directamente la práctica de enfermería perinatal:

Disminución de número de nacimientos. esta tendencia es notoria en nuestro medio, ya que actualmente el matrimonio planifica el número de hijos que desea tener.

Cambios en los patrones de embarazo: actualmente las mujeres deciden tener hijos en los límites de edad reproductiva, o sea que tienen su primer hijo cerca o después de los 30 años y por otro lado se ha notado el incremento de embarazos en adolescentes, lo que pone en peligro tanto a la madre como al hijo.

La multiplicidad de mujeres que trabajan fuera del hogar. En nuestros días y dado el estado económico en que viven las familias, las mujeres se ven en la necesidad de salir a trabajar fuera del hogar durante el embarazo y después del nacimiento, teniendo que dejar abandonados a sus hijos en manos de personas que influirán en el desarrollo del menor.

**2.7.7. Tendencias en el estado de salud:** En la actualidad se han incrementado los embarazos en adolescentes y por consiguiente recién nacidos de bajo peso, impidiendo que disminuya la mortalidad de mismos, de tal manera se observa mayor incidencia en enfermedades gastrointestinales y respiratorias en los

lactantes; incremento en la presencia de enfermedades de transmisión sexual, con esto nos podremos dar cuenta que la actuación de la enfermera materno infantil es determinante y necesaria, ya que sin su presencia aumentaría la incidencia de padecimientos en la etapa perinatal.

Para todas estas tendencias ya mencionadas existen ciertas recomendaciones que como enfermeras debemos considerar:

- ◆ Adquisición de conocimientos y participación en el campo político.
- ◆ Mantener un equilibrio entre la tecnología y el humanismo
- ◆ Llevar a cabo encuestas encaminadas a detectar problemas relacionados con el cuidado de la salud de mujeres embarazadas, sus productos y los lactantes, para tratar de prevenir y resolver los problemas en la práctica clínica.
- ◆ Llevar al hogar la educación para la salud, evitando de ésta manera la presencia y el arraigo de enfermedades o padecimientos que de una u otra manera son prevenibles, así como también la detección oportuna de factores de riesgo perinatal.

## 2.8 FILOSOFÍA ACERCA DE LOS CUIDADOS DE MATERNIDAD

Todo el personal dedicado al cuidado de la salud debemos considerar los cambios de tipo social y cultural que actualmente se generan, ya que éstos influyen grandemente en la determinación de las acciones que debemos seguir para cubrir las necesidades que la sociedad demanda; basados en suposiciones como; de

igual manera es bien sabido para todos que las madres y los niños son los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad.

- "Todos los individuos tienen derecho de nacer saludables, y para asegurarlo, todas las mujeres embarazadas y todos los fetos tienen derecho a recibir cuidados para la salud de buena calidad. (7)
- La sexualidad de los individuos se encuentra ligada en forma inextricable a la reproducción, aunque no está subordinada a ella: el cambio de actitudes hacia la sexualidad dentro de la sociedad, las relaciones entre funciones y la reproducción, junto con los avances tecnológicos en el control de la fertilidad, se combinan de tal manera que el tener hijos es cada vez más una actividad voluntaria
- La reproducción no se experimenta en forma individual; sin importar las circunstancias, incluye a uno o más individuos.
- La reproducción forma parte de un proceso psicofisiológico normal y puede ser física y emotivamente compensadora para los individuos que participan en ella.
- La experiencia de tener hijos es una oportunidad de desarrollarse; también puede constituir una crisis durante la cual los miembros de la familia se benefician de la solidaridad de la unidad familiar.
- Los profundos cambios fisiológicos y el ajuste que tanto la madre como sus hijos experimentan durante el proceso del embarazo y parto los hace en

---

<sup>7</sup> REEDER m. PhD, Faan Sharon J, op cit . . . p.p.10

especial vulnerables a medios cambiantes y nocivos, y a situaciones que en otros casos no plantean ningún riesgo.

- Las actitudes, valores y comportamiento con respecto a la salud de cada individuo dependen de la cultura y la sociedad de la cual procede; es decir, su herencia cultural influye en el resultado de la reproducción de cada individuo y su experiencia la da a luz.

## 2.9. ENFERMERÍA OBSTÉTRICA Y CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA.

Para comprender estos términos debemos conceptualizar la palabra enfermería obstétrica: se define como el suministro de cuidados para la salud de calidad profesional, que tiene en cuenta las necesidades físicas y psicológicas y sociales de la mujer que va a dar a luz, de la familia y de los hijos recién nacidos; ya que tener hijos, cuidarlos y socializarlos son funciones exclusivas de la familia.

La enfermera obstétrica se mantiene en contacto continuo con la familia, con el fin de detectar y valorar los problemas, evaluar los recursos con que cuenta y llevar a cabo acciones para resolverlos.

La enfermería obstétrica se ha expandido notablemente ya que desde los años 60 se inicia este crecimiento incluyendo mayor responsabilidad en cuanto al tratamiento de los problemas detectados en el primer nivel de atención y conjuntamente con el equipo médico se elaboran los primeros programas.

"(Ford, RN y Silver, MD en Denyer; Resnick, RN y Lewis, Md en los Angeles) para expandir las funciones de enfermería en pediatría y salud de los adultos. (8)

En 1971, la National Commission for the Study of Nursing Education hicieron un estudio de las funciones de enfermería. En ese mismo año la American Nurses Association (ANA) y el American College of Obstetricians and Gynecologists se reunieron para formular una guía para el entrenamiento de especialistas en enfermería obstétrica y ginecología.

En 1972, el committee to Study Extended Roles for Nurses reportó que las funciones de enfermería debían ampliarse con el fin de que asumieran mayor responsabilidad en el nivel primario, cuidados en padecimientos agudos y cuidados a largo plazo.

En 1973 La Lysaught's National Commission, reportó la fase de implantación de su estudio. Con el fin de aumentar la práctica de enfermería incluyendo al público con actividades educativas e informativas; fomentó una práctica conjunta entre médicos y enfermeras y principalmente desarrolló comités estatales de planeación, para provocar cambios en los patrones de educación y práctica de enfermería.

Las funciones de enfermería se desarrollaron en dos dimensiones generales, las cuales fueron: La enfermera practicante o comunitaria la cual concentró los

---

<sup>8</sup>REEDER m, PhD, Faan Sharon J, op cit . . . p.p. 11

cuidados ambulatorios a nivel primario y las funciones de la enfermera clínica que se dedica a proporcionar cuidados hospitalarios de segundo y tercer nivel.

La enfermera comunitaria enfoca cuidados prenatales en embarazos de bajo riesgo, elaborando una historia clínica de enfermería, llevando a cabo la exploración física de la madre, tiene capacidad para interpretar estudios básicos de laboratorio y gabinete y lo más importante es que valora las relaciones familiares y las necesidades psicosociales.

En estados unidos existe la categoría de Enfermera partera, existiendo las enfermeras parteras certificadas, éstas son enfermeras registradas que terminaron un programa específico de estudios, con experiencia clínica y reconocidas por el American of Nurse Mic'wives,

La enfermera obstétrica ofrece cuidados en la atención del parto y puerperio, realiza valoración del niño recién nacido y lleva un control durante sus primeros cinco años, para detectar tempranamente las dificultades que en un momento podrían modificar la salud del menor. Todo esto se lleva a cabo en una unidad de segundo nivel, ya que es recomendable que la atención del parto sea en un centro hospitalario para poder ofrecer un servicio de calidad tanto a la madre como al niño.

## 2.10. CONTEXTO SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE MATERNIDAD

Los cuidados de maternidad se ven influenciados por los valores, las actitudes y prácticas de la sociedad, especialmente se ha perdido la identidad de mujer femenina o de hombre masculino, sexualmente hablando para, para hablar de identidades individualizadas en las que la competitividad es de gran valía, ya que las mujeres actuales son libres para elegir el estilo de vida que deseen; esto se vive diariamente, pues los matrimonios tienen menos hijos, el hombre comparte las responsabilidades del hogar con la mujer, así como la mujer apoya económicamente al hombre. Las tendencias de igualdad están creciendo a pasos agigantados, pero todavía le falta un buen trecho a la mujer para estar al mismo nivel del hombre, con la gracia de la maternidad en la que el hombre no podrá igualarnos.

## 2.11. USO DEL PODER SOCIAL EN LA FAMILIA

"El poder social se define como la habilidad para influir en una decisión en las emociones y comportamiento de otras personas para lograr los objetivos o metas que se proponen". Pare esto se han descrito diversas base del poder; la familia ejerce una clase de poder conjunta, aunque algunas veces se puede emplear cada uno por su cuenta o simultáneamente. (<sup>9</sup>)

---

<sup>9</sup> REEDER m, PhD, Faan Sharon J, op cit . . . p.p..41

Este poder se considera un indicador del poder social y la dominación dentro de ella, refleja de que manera considera las necesidades de sus integrantes, incluyendo atención para la salud y sus implicaciones en la unión familiar. <sup>(10)</sup>

### *Bases del poder social:*

- Poder legítimo: es el que ejercen los padres sobre los hijos, y puede ser compartido
- Poder por experiencia: Las enfermeras deben poseer un cúmulo de experiencia para brindar atención a los pacientes.
- Poder por referencia: influencia que ejerce una persona sobre otra, y como ejemplo tenemos la escala de valores
- Poder de recompensa: los padres pueden ejercer este poder ya que tienen la oportunidad de recompensar a sus hijos.
- Poder de coerción: este se ejerce con alguna amenaza, puede ser de padres a hijos.
- Poder informativo; se refiere a la transmisión de mensajes cuando se requiere algún cambio, y los medios de comunicación son el ejemplo viviente.

---

<sup>10</sup> U.S. Bureau of the Census: Household and family characteristics: Current Population Reports Series No. 296 Washington, DC. Department of Commerce. 1985

## 2.12. LOS PAPELES FAMILIARES Y LA ENFERMERA

"La comprensión y la aplicación de las teorías de los papeles en la práctica de enfermería constituye la base conceptual para comprender la población a la cual se otorga servicio y es el fundamento del método terapéutico"<sup>(11)</sup>

Para comprender este tema es necesario entender que:

Enfermería se define como una ciencia aplicada, requiriendo de quienes la practiquen fundamenten dichos aspectos mediante la experimentación intelectual, innovaciones en la práctica e investigación constante.

Enfermería de maternidad define a la familia como la unidad a cual se brindan servicios, incluyendo las áreas fisiológicas y psicológicas en las mujeres embarazadas, durante el parto y el puerperio.

**2.12.1. Papel de la enfermera;** En la actualidad y desde hace mucho tiempo a la enfermera se le confieren una serie de papeles o roles en los cuales realiza sus actividades; estos papeles son (fig # 1). : *Modelo de madre*, este rol lo ejercen cuando la futura madre es una adolescente, al satisfacer necesidades de dependencia; otro modelo es el de *maestra y consejera*, específicamente cuando se labora en el servicio de planificación familiar, dando consejería en salud reproductiva, orientación acerca de la salud infantil, y finalmente el *papel*

---

<sup>11</sup> REEDER m, PhD. Faan Sharon J. op cit . . . p.p..42

*extensivo*, éste se refiere a poder emitir un diagnóstico físico y emplear sus destrezas clínicas.

Con todo lo anterior, las personas están más conscientes de la importancia de los factores sociales y culturales en el estado de salud y en especial de los cuidados maternos, y específicamente se han impulsado grandemente los cuidados perinatales, con el fin de mejorar los resultados reproductivos.

## 2.13 SIGNIFICADO SOCIAL Y CULTURAL DE LA PROCREACIÓN.

**2.13.1. Motivaciones para procrear;** Las mujeres comienzan a prepararse para ser madres en etapas tempranas, propiamente dicho desde la concepción.

La reproducción es un acontecimiento biológico, el cual en la mayoría de las ocasiones no importa cuando se produzca el embarazo, si fue o no planeado, siendo el número de hijos que tiene una pareja y el momento en que los tiene es un motivo de procreación, la cual se ve influenciada por los factores culturales en donde se desarrolla la pareja.

## ENFERMERA



Fig. # 1. La enfermera de maternidad es una función con facetas múltiples.

REEDER m, PhD, Faan Sharon J, op cit . . . p.p 10

Estos factores se clasifican en:

- Costumbres y sistemas de valores, traduciéndose en deber, obligación y conveniencia.
- Sistema de parentesco, dando lugar a derechos, deberes y obligaciones de la pareja hacia su descendencia.
- Sistema de conocimientos y creencias, siendo esto básico, pues define la concepción del parto.
- Sistemas ceremoniales y rituales, que permiten la realización de nuevos elementos simbólicos y su incorporación a la vida cotidiana.

**2.13.2. Tendencias sociales actuales que afectan las motivaciones para procrear.-** En primer término está el Control de la fertilidad, este se lleva a cabo mediante el uso de métodos anticonceptivos, que en nuestros días es un tema cotidiano y se habla de él de forma sencilla, estando al alcance de todas las personas que estén en edad reproductiva sin distinción de sexo; las mujeres anteriormente no eran capaces de planear sus embarazos. Otra tendencia es el papel de la maternidad en la sociedad actual. Las parejas actuales deciden cuando tener un hijo y el momento es planeado dependiendo del estilo de vida en el que estén inmersos, así como el costo social, psicológico y económico de los niños y también de la pérdida de ingresos por parte de la esposa y la satisfacción intrínseca con su ocupación; anteriormente el embarazo se consideraba una obligación inevitable.

**2.13.3. Impacto de los servicios de maternidad.** Este tema es de gran importancia, ya que las tendencias que se siguieron, fueron: 1 ) FUCIÓN DE UNIDADES DE MATERNIDAD; con el fin de mejorar la atención, controlar los costos y la duplicación de servicios. 2 ) EXPERIENCIA EN EL CONTRO DE LA FERTILIDAD; hace que muchas mujeres estén conscientes de la necesidad de los cuidados maternos durante el embarazo, propiciando la reducción de la mortalidad infantil.

## 2.14. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN LA REPRODUCCIÓN

### 2.14.1. Factores sociodemográficos y uso de los servicios de maternidad.

El nivel socioeconómico es un factor determinante del comportamiento reproductivo materno y del uso de servicios de maternidad; para definir éste es necesario considerar el ingreso, la educación, ocupación, vivienda y sitio de residencia, valores sociales y estilos de vida.

El indicador más importante para definir el nivel socioeconómico es la educación, porque con este nos podremos dar cuenta de los demás factores, pero existen otros factores que de manera individual se deben considerar como lo son: edad, región geográfica, altura, paridad y etnicidad, para comprender los resultados del embarazo.

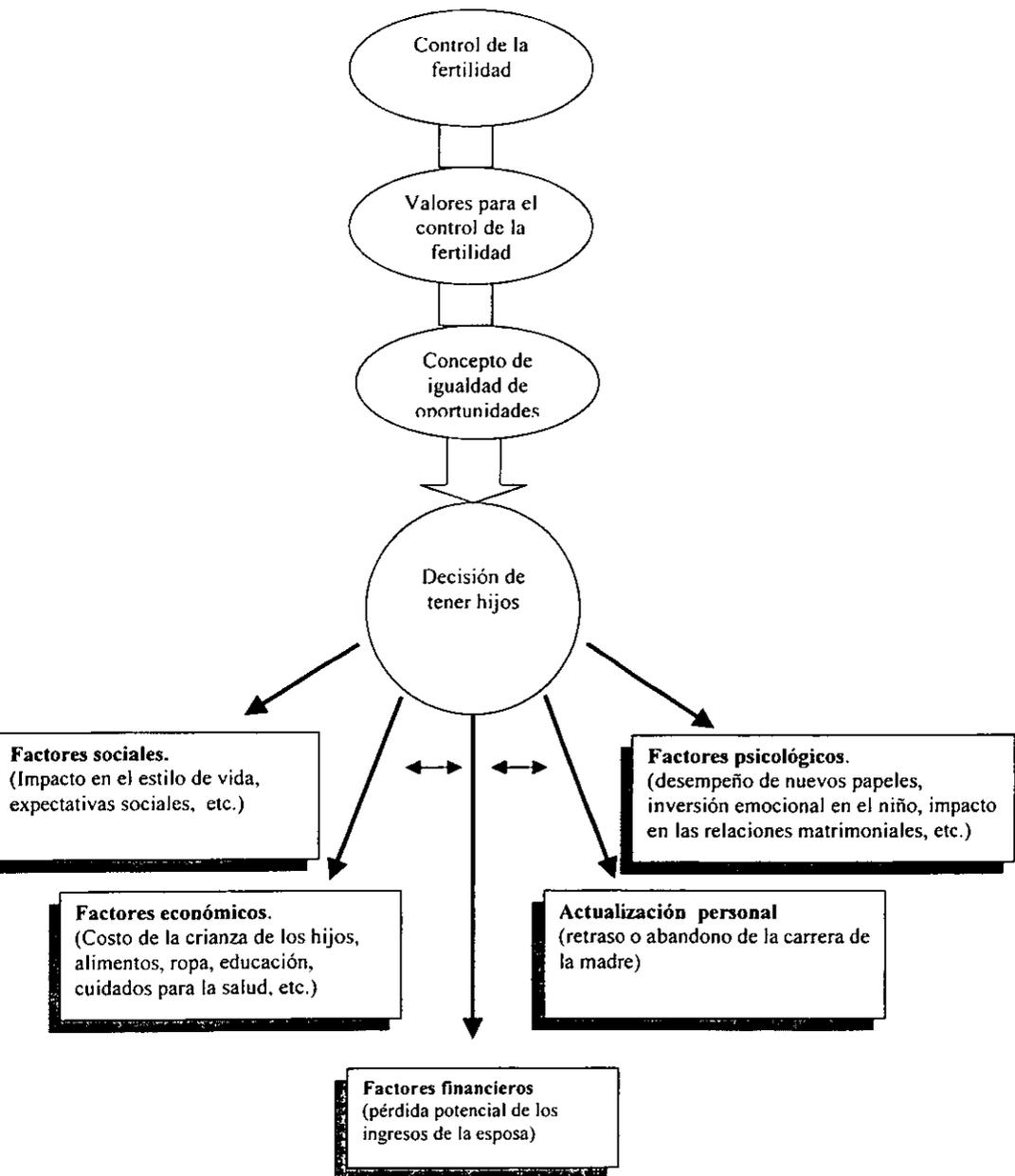
"Es aceptable de manera general que los cuidados médicos durante el embarazo en etapas tempranas reduce la incidencia de mortalidad neonatal y materna, malformaciones congénitas y otros defectos del nacimiento como prematuridad, etc." Como prueba se tiene que las mujeres con nivel socioeconómico bajo asisten alrededor de 9 visitas prenatales, siendo éstas en instituciones sociales; las de nivel medio acuden a control prenatal 13 veces y las familias de ingresos mayores visitan al médico en forma individual para recibir atención personal. (12)

---

<sup>12</sup> REEDER m, PhD, Faan Sharon J, op cit . . . p.p..64

**2.14.2. Problemas en la organización de los cuidados para la salud.-** Existen ciertas características que favorecen la inadecuada atención a pacientes que demandan atención para la salud; estos son: Programas de alcance inadecuado, ya que al inicio se cumple con lo pactado, pero después y con la austeridad económica se dejan de ofrecer, quedando truncados los objetivos de esos programas. El Tamaño es otro factor que predispone al fracaso de los mismos. (fig. # 2).

En la última década han cambiado las metas de los servicios de primeros auxilios, por cuidados ambulatorios con orientación dinámica y versátil. Siendo la enfermera quien proporcione estos de manera independiente, teniendo la responsabilidad de mantener la continuidad de cuidados de la salud, suministrando cuidados prenatales en la comunidad a pacientes externas. Destreza y educación que se requieren para adaptarse al alto grado de profesionalismo; esto se refiere a la buena interpretación de las indicaciones médicas y que en muchas ocasiones las personas con ingresos bajos presentan dificultad para hacerlo. Prejuicios de clase media; es otra característica que influye en la calidad de cuidados médicos, siendo los pacientes de pocos recursos los que sufren estos perjuicios, pues tendrán que esperar largo tiempo para que se les proporcione la atención en clínicas y hospitales de gran demanda; también es importante la distancia a la que se encuentran dichas instituciones y sus dificultades para llegar a ellas.



(fig. # 2) El control de la fertilidad permite que las personas elijan si desean tener hijos. En la figura se indican algunos factores que pueden influir en esta decisión.

"REEDER m. PhD. Faan Sharon J, op cit . . . p.p..64"

La mala distribución de los empleados al cuidado de la salud; esto se demuestra fácilmente, pues en las grandes ciudades de buen nivel socioeconómico se concentran la mayor parte de los profesionales, marginando a las familias que viven en comunidades rurales, también es importante mencionar que la falta de coordinación y la duplicación de servicios provocan la mala atención.

Se considera que los cuidados de maternidad de buena calidad en un futuro, serán aquellos que se ofrezcan por un equipo bien conformado con médicos, enfermeras, técnicos en laboratorio, trabajadores sociales, nutriólogos, educadores para la salud, etc.

Las investigaciones que se han hecho indican que cuando la enfermera adopten una función más amplia y formen parte integral del equipo de salud, las madres asistirán a sus citas prenatales y postnatales con mayor frecuencia, requerirán de los servicios de planificación familiar para prevenir la mortalidad infantil, y materna.

Todo esto se puede alcanzar fomentando, los programas gubernamentales de promoción a la salud, entrenamiento de miembros de las comunidades indígenas y el desarrollo de clínicas comunitarias y centros alternos de maternidad.

## 2.15. FACTORES DE RIESGO SOCIAL Y RESULTADOS REPRODUCTIVOS

**2.15.1 Factores de riesgo sociodemográfico;** Entre estos factores encontramos a la edad materna y la paridad en relación con la utilización de los servicios de salud están las mujeres muy jóvenes que solicitan los cuidados prenatales en etapas tardías, pues en la mayoría de los casos son embarazos fuera de matrimonio, así mismo las mujeres de edad avanzada o multipara que no tuvieron problemas en sus partos anteriores, acuden con poca frecuencia a control prenatal. En relación con la morbilidad y mortalidad son más altas en mujeres primíparas de edad avanzada o muy jóvenes.

Por tanto la edad u la paridad son dos factores biológicos determinantes que contribuyen a las elevaciones de índices de morbilidad y mortalidad perinatal.

Las enfermeras juegan un papel muy importante en estos casos, ya que ellas son las que están en constante comunicación con las mujeres que presentan este tipo de embarazos y los riesgos asociados con algunas técnicas de diagnóstico prenatal.

## 2.16. SALUD SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO

**2.16.1 Valoración de enfermería.** La historia sexual de la mujer constituye un arma para detectar problemas sexuales actuales o potenciales que nos permitan planear las acciones terapéuticas o preventivas de enfermería. Para llevar a cabo este tipo de valoración es necesario plantear una serie de preguntas que nos orientarán hacia el problema específico, y estas deben contener:

1. "Descripción del problema actual
2. Inicio y curso del problema:
  - a) Inicio ( edad, gradual o repentino, eventos que lo precipitaron, contingencias)
  - b) Curso. (cambio con el transcurso del tiempo, aumento, reducción o fluctuación de la gravedad, frecuencia o intensidad; relaciones funcionales si las hay)" <sup>(13)</sup>

**2.16.2 Diagnóstico de enfermería.** Este se obtiene mediante la interpretación de los datos obtenidos en la valoración, así mismo todos los problemas detectados se clasifican priorizándolos; todo esto con el fin de poder planear las acciones que se seguirán para resolver o cubrir las necesidades de la paciente.

---

<sup>13</sup> REEDER m, PhD, Faan Sharon J. op cit . . . p.p..64

**2.16.3 Planeación del proceso de enfermería.** Este paso se lleva a cabo mediante la especificación de metas y logros esperados de los cuidados, identificando las intervenciones de enfermería que debe proporcionar a la paciente; es importante mencionar las intervenciones deben ser valorables, individuales, haciéndose necesario limitar el tiempo para su obtención<sup>14</sup>)

**2.16.4 Historia sexual durante el embarazo y el posparto.** La expresión sexual durante el embarazo va a depender de los cambios físicos y emocionales que ocurran en este periodo, así como también de las creencias y actitudes acerca del sexo.

En el posparto la mayoría de las parejas que son padres por primera vez se hacen una serie de preguntas con respecto al sexo, estas deben ser contestadas antes del nacimiento del bebé para evitar conflictos; pues cuando nace el niño el padre se siente desplazado por él y las atenciones que anteriormente le brindaba la actual madre ya no son lo mismo y esa situación puede conflictuarse hasta llegar a ser un gran problema. La enfermera puede tratar de ayudar a evitar esas dificultades, orientándoles acerca de los cambios fisiológicos y neurohormonales a los que estará sujeta la mujer, para que puedan adaptarse con más éxito y encontrar expresiones sexuales satisfactorias durante esta etapa.

---

<sup>14</sup> BURROUGHS, Arlene, Med. RN, op cit . . . p.p. 11

## 2.17 GUÍAS Y MANUALES EXISTENTES EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social se han identificado como principales causas de muerte materna a las toxemias, las hemorragias del embarazo y del parto, la sepsis puerperal, el aborto y otras complicaciones del puerperio. Con respecto a las causas de mortalidad perinatal y por orden de importancia se encuentran las complicaciones de la placenta, cordón y membranas; las afecciones respiraciones del feto y del recién nacido; el síndrome de dificultad respiratoria; los trastornos derivados del bajo peso y la corta gestación; la anencefalia y finalmente la hipoxia intrauterina y la asfixia al nacer<sup>(15)</sup>, siendo esto el motivo por el cual en Instituto cuenta con el servicio de Enfermería Materno Infantil, en el cual se han implementado una serie de programas encaminados a promover y conservar la salud de la madre, hijo y mujeres embarazadas de bajo riesgo. Para esto se cuenta con una serie de manuales y guías; entre las que tenemos están:

**2.17.1 Guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar;** Esta guía describe criterios y procedimientos técnicos más importantes que debe aplicar el médico familiar durante la vigilancia del embarazo. Incluyendo el diagnóstico, la clasificación del grado de riesgo, características de la vigilancia prenatal según el tipo de embarazo, principales consideraciones diagnósticas y

---

<sup>15</sup> VEGA, Vega G., op. cit. . . . p.p. 283-287

terapéuticas en relación con las complicaciones más frecuentes, así como los criterios de envío o referencia a otros niveles de atención.

**2.17.2 Guía para la obtención del consentimiento informado de planificación familiar.** Con base en el programa Nacional de Planificación Familiar 1995 - 2000 nacen como prioridades la salud demográfica, el bienestar social familiar e individual, mejorando la condición de la salud integral del hombre y la mujer para decidir *libre, voluntaria y bien informada* la decisión de adoptar un método anticonceptivo acorde con la salud y expectativas reproductivas de cada individuo y/o pareja tengan (fig #3). Así mismo este programa se complementa con:

*MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. MANUAL DE CAPACITACIÓN EN CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA Y SUS IMPACTOS. MANUAL PARA EL USO DE LA METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA.* Todos éstos con los mismos objetivos.

PREGUNTE AL SOLICITANTE SOBRE	DETENERSE	CAUTELA	PROCEDER
	No se debe realizar el procedimiento En este momento otorgue consejería Y realice seguimiento	Requiere más información y/o Consejería	Señales de una decisión informada, voluntaria y Responsable
* Quién tomó la decisión sobre la utilización de un método anticonceptivo	* Otra persona	* El solicitante lo decidió, pero la pareja no está de acuerdo	* El solicitante y su pareja
* Por qué o en qué condición tomó el solicitante la decisión de optar por un método temporal o definitivo	* Se encuentra en un estado de crisis (emocional, económica o de pareja) * No está segura de la decisión * No tiene clara sus expectativas reproductivas	* Identifica efectos secundarios no atribuibles a los métodos temporales o definitivos. * Ha escuchado que los métodos definitivos son reversibles	* Desea postergar la llegada de su primer hijo * Desea espaciar sus embarazos * No desea más hijos
* Cómo se tomó esta decisión	* Bajo tensión o preocupación	* Si la debida reflexión o información	* Luego de una cuidadosa reflexión e información completa y después de reconocer los beneficios de la protección anticonceptiva
<b>QUE SABE SOBRE</b>	<b>NO SABE</b>	<b>TIENE INSUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE:</b>	<b>TIENE SUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE:</b>
* Métodos temporales	* Eficacia, modo de uso, efectos secundarios, mecanismos de Acción y riesgos	* Eficacia, efectos secundarios modo de uso, riesgo, mecanismos de acción y seguimiento	* Eficacia, efectos secundarios modo de uso, riesgos, mecanismos de acción y seguimiento.
* Métodos definitivos	Que: * Son definitivos. * Es un método quirúrgico * Que él o ella no tendrán más hijos	* Otros métodos a su disposición o conceptos erróneos sobre el método * Eficacia, efectos secundarios, modo de uso y riesgo	Que: * Son definitivos * Es un método quirúrgico * Que él o ella no tendrán más * Conoce otros métodos, pero prefiere los definitivos

(figura # 3)

IMSS. Guía para la obtención del conocimiento informado en planificación familiar, Dirección de Prestaciones Médicas; Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil; México, D. F., 1996. p.p. 15

**2.17.3 Guía técnica de apoyo para la enfermera materno infantil en la vigilancia del menor de 5 años.** Este programa es de suma importancia, toda vez que este grupo es el más vulnerable y susceptible de incrementar las cifras de mortalidad y morbilidad infantil con padecimientos como: prematurez, hipoxia y bajo peso al nacer, desnutrición, infecciones de vías respiratorias e intestinales y enfermedades transmisibles; la mayoría de éstos padecimientos se podrían evitar si la población recibe una orientación y educación que les ayude a adquirir habilidades y destrezas, que les permita cuidar la salud de los niños menores de 5 años, así como la cultura de vacunación. Estas acciones son realizadas específicamente por la enfermera con formación materno infantil o licenciada en enfermería, la cual vigilará el crecimiento y desarrollo del menor, detectando factores de riesgo que pongan en peligro la salud de los niños, refiriéndolos al médico familiar para su tratamiento.

## 2.18 DESARROLLO HISTÓRICO DEL CAMPO DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN ESTADOS UNIDOS.

**1876** El inicio de la legislación para el bienestar infantil en Estados Unidos tuvo lugar con el acta que aprobó la Legislatura del estado de Nueva York que dio un importante lugar a la *Society for the Prevention of Cruelty to Children* (Sociedad para la Prevención de la Crueldad Infantil) y amplio poder para la protección de la vida infantil.

1900. Se aprobó como organización permanente el *United States Census Bureau* (Oficina del Censo de Estados Unidos). Hasta ese momento se consideró que las estadísticas vitales eran de muy poca importancia para el país y tan pronto se tabulaba y clasificaba la población la oficina desaparecía y se volvía a establecer y organizar cada 10 años.
1908. Se estableció la *División of Children Hygiene* (División de Higiene Infantil) en la ciudad de Nueva York, por primera vez en Estados Unidos y fue tan importante que se le reconoció a nivel nacional. Josephine Baker M.D. fue su directora. Este fue un logro singular y los métodos que de ahí se derivaron fueron sin precedente.
1909. Se organizó la *American Association for the Study and Prevention of Infantil Mortality* (Asociación Norteamericana para el estudio y la prevención de la Mortalidad Infantil) y sesionó por primera vez en New Haven, Conecticut.
- Este comité se formó de miembros profesionales y no profesionales; se dedicó a problemas con respecto a la vida de los niños, en particular estudió e intentó corregir la alta mortalidad. En esa época no se tenían registros de nacimientos, de las muertes y sus causas.
- El trabajo de esta organización fue significativo. En 1918. Por expansión de actividades cambió su nombre a *American Child Hygiene Association* (Sociedad Norteamericana de Higiene Infantil) y en 1923 lo cambió por

*American Child Health Association* (Asociación Norteamericana de Salud Infantil). En 1935 tras contribuir con trabajo pionero en todas la áreas, esta asociación desapareció.

**1915.** Se estableció mediante un acta federal la *Birth Registration Area* (Área para Registro Infantil). Recopiló información que contiene estadísticas de nacimiento y muerte en las cuales se basa la información sobre tasas de mortalidad.

**1919.** Se fundó el *American Committee on Maternal Welfare* (Comité Norteamericano para el Bienestar Materno) para estimular la cooperación de los médicos con agencia públicas y privadas, con el fin de proteger la vida y la salud maternoinfantil y enseñar principios y prácticas de salud e higiene personal a los padres, médicos, enfermeras y otras personas que tratan los problemas de la maternidad. El comité se incorporó como organización no lucrativa en 1934 con el fin de estudiar la tasa de mortalidad materna en Estados Unidos y para publicar el *Bulletin of Maternal and Child Health* ( Boletín de Salud Maternoinfantil).

**1921.** El congreso de Estados Unidos aprobó la *Sheppard-Towner Bill* (Carta de derechos Sheppard- Towner); fue un acto para promover el bienestar e higiene maternoinfantil bajo la administración de la *United States Children's Bureau* (esta carta la introdujo, en el 65avo Congreso de Estados Unidos

de Norteamérica la congresista Janette Rankin de New Jersey, de forma favorable aunque no se aprobó).

En el 67avo Congreso el senador Sheppard y la congresista Towner la introdujeron de nuevo y después de mucha agitación se aprobó en último término, lo cual constituyó un logro muy importante en la legislación para el bienestar infantil.

Gracias a esta legislación se crearon de inmediato, en los estados que carecían de ellos, departamentos que en la actualidad se denominan Divisions of Bureaus of Maternal and Child Health (Divisiones del departamento para el cuidado de la salud materno-infantil).

**1944.** *La Public Health Service Act* (Acta para Servicios de Salud Pública) conjuntó todas las leyes que se aprobaron con respecto a todos los servicios de salud pública. Además esta acta revisó las leyes previas, dio autorización para suministros de fondos y expansión a los programas de salud pública y cooperativas estatales y federales que tuvieron que ver con programas para la salud materna e infantil. Posteriormente esta acta ejerció influencia indirecta considerable en el cuidado de las madres e hijos porque tuvo en cuenta los fondos para investigaciones y educación del personal que se requiere en estas áreas.

**1946.** *La World Health Organization* (Organización Mundial de la salud OMS) que forma parte de las Naciones Unidas, se transformó en una realidad. El

objetivo de esta organización es "que las personas alcancen la mejor salud posible"

**1962.** Se autorizó la fundación del *National Institute of Child Health and Human Development* (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano). El objetivo de esta institución fue apoyar a la investigación y al entrenamiento en problemas especiales de salud y con respecto a las necesidades de madres y niños. Este instituto también lleva a cabo y apoya investigaciones en ciencias básicas con respecto a los procesos de crecimiento y desarrollo. Los que incluyen desarrollo prenatal.

**1964.** Se aprobó la *Nurse Training Act* (Acta para Entrenamiento de Enfermeras). Una de las enmiendas a la *Public Health Act* (Acta de Salud Pública) que constituye ayuda indirecta para los cuidados materno-infantiles. Esta acta autorizó fondos para expandir y mejorar el entrenamiento de las enfermeras, para ayudar a las estudiantes de enfermería, fondos para becas a las escuelas de enfermería para la fundación del *National Advisory Council on Nurse Training* Consejo Nacional para el Entrenamiento de Enfermeras).

**1965.** Las *Amendments to the Social Security Act* (Enmiendas al Acta de Seguridad Social) proporcionaron fondos para un nuevo programa de cinco años para proyectos que se dedican a cuidados de salud y servicios para

niños en edad escolar y preescolar, en particular para familias de bajos recursos. Estas enmiendas también aumentaron la cantidad de fondos para apoyo a programas de servicios de salud materna e infantil.

La prueba de PKLI se hizo obligatoria para todos los niños en los estados de Illinois y Michigan lo cual constituyó un precedente para otros estados.

**1966.** El *Department of Health Educations and Welfare* (Departamento de Salud Educación y bienestar) publicó políticas sobre el control de la natalidad que indicaron que el departamento daría apoyo, si así se lo solicitaba, a programas para la salud con información respecto a la planificación familiar y servicios. Por esta posición singular, se inició el desarrollo de programas de planificación familiar con apoyo federal.

La *Federal Food, Drug and Cosmetic Act* (Acta Federal de Alimentos, Fármacos y Cosméticos) fue aprobada en junio 14 de 1996. Según esta ley es necesario que se indique en la etiqueta el contenido y los ingredientes de los alimentos que se utilizan para fines dietéticos especiales. En particular, se refirió a los alimentos infantiles.

La *Child Protection Act of 1966* (Acta de Protección Infantil de 1966) prohibió la venta de juguetes y artículos infantiles que contuvieran sustancias peligrosas, sin importar el contenido de la etiqueta.

**1967.** Los programas *Medicald* se incrementaron en Estados Unidos con el fin de proporcionar cuidados para la salud a familias de bajos ingresos. Se incluyó el cuidado durante el embarazo y el cuidado infantil.

**1968.** Los programas *Head Start* proporcionaron oportunidades educativas a niños de escasos recursos en edad preescolar. Estos programas pueden asociarse con programas de análisis nutricional y de salud.

**1969.** Se fundó el *National Center for Family Planning* (Centro Nacional para la Planificación Familiar) bajo los auspicios de la *Health Services and Mental Health Administration* con el fin de servir como oficina de información acerca del uso de anticonceptivos.

**1973.** La *United States Supreme Court* (Suprema Corte de los Estados Unidos) abolió casi todas las leyes estatales que prohibían o restringían el aborto y dejó la decisión de abortar a la mujer y al médico durante los tres primeros meses del embarazo; después de este tiempo indicó que el Estado debía regular los procedimientos abortivos solo teniendo en cuenta los intereses de la salud materna. De modo fundamental la decisión de abortar pasó a formar parte de los derechos individuales de la mujer impidiendo que el Estado interfiriera en su decisión para asegurar que el aborto se efectúe en condiciones seguras.

La oficina de desarrollo infantil de la *Health Services and Mental Health Administration* fundó el *National Center on Child Abuse Neglect* (Centro Nacional sobre Maltrato y Descuido Infantil) para actuar como oficina de información acerca de maltrato infantil. Se formó una Comisión Nacional para estudiar el papel del gobierno federal en esta área y determinar si las

leyes estatales eran adecuadas. Se destinaron fondos regionales para programas de demostración y tratamiento de la prevención del maltrato infantil.

**1975.** Se estableció el *National Advisory Council in Maternal Infant and Fetal Nutrition* (Consejo Nacional para la Orientación sobre la Nutrición Maternoinfantil y fetal). En los reportes anuales que presenta esta organización al presidente y al congreso se efectúan recomendaciones continuas con respecto a cambios administrativos y legislativos en los programas hacia personas de bajos recursos que presentan riesgos nutricionales (PL 94-105).

El programa WIC (*Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children*) (Programa de complementación alimenticia especial para mujeres, lactantes y niños) surgió con el fin de proporcionar a las familias de escasos recursos alimentos adicionales y educación nutricional a través de agencias locales y como ayuda para preservar la salud durante etapas críticas del crecimiento y desarrollo.

**1976.** El *Early and Periodic Screening, Diagnostic and treatment* (Programa para Análisis Periódicos Tempranos, diagnósticos y tratamientos) proporcionó a los niños elegibles para Medicaid pruebas regulares para determinar su estado de salud y darles tratamiento, con fondos federales.

**1977.** La *Child Health Assessment Act* (Acta para valoración de la Salud Infantil) expandió el programa de detección temprana y periódica para ampliar la elegibilidad e indicó la necesidad de suministrar tratamiento por las afecciones que se descubran durante la valoración, con excepción de retraso mental, salud mental, problemas de desarrollo y cuidados dentales. Esta legislación también expandió y mejoró los centros de salud comunitarios.

**1979.** En este año los 50 estados de Estados Unidos de Norteamérica aprobaron leyes que hicieron obligatorio que los niños reciban todas las vacunas de manera previa como condición de su ingreso a la escuela.

**1980.** Se desintegró el *Children's Bureau* después de 68 años de contribuciones significativas al bienestar de los niños de Estados Unidos. Muchas personas consideran esto como evidencia del debilitamiento de los cuidados infantiles en ese país.

**1981.** El Congreso autorizó *Medicaid payments for services of nurse-midwives* (el pago de Medicaid por los servicios de las enfermeras parteras) lo cual hizo accesible este cuidado alterno a muchas mujeres que antes carecían de él.

## 2.19 ESTADÍSTICAS MUNDIALES, NACIONALES, Y LOCALES DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

**2.19.1 Estadísticas Mundiales de la Atención Materno Infantil.** Dentro de éste capítulo podré mencionar algunos datos obtenidos a través del Internet con el tema "Países industrializados: avances y disparidades." En donde nos dice que debido a que en estos países la mortalidad infantil y juvenil son bajas se pensaría que queda poco por mejorar, pues las tasas de mortalidad de los niños y las niñas correspondientes a 1993, son más de dos veces inferiores a las de 1970.

A pesar de ello los varones tienen un 50% más de probabilidades de morir que las niñas; ya que las tasas de mortalidad en el periodo de 1970 a 1993 fueron de 184 a 84 muertes por cada 100,000, mientras que las niñas se redujeron de 126 a 57.

En Portugal se registra la mayor disparidad entre las tasas de mortalidad, ya que en 1993 las muertes de los varones superaban en un 72% a las niñas; la menor disparidad ocurre en Israel donde la tasa es de 25% superior a la de las niñas.

La mayoría de las reducciones de mortalidad se produjeron entre los menores de 5 años, debido sobre todo a los avances en la atención de la salud.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> [www.unicef.org/spanish/pon98/indust4.htm](http://www.unicef.org/spanish/pon98/indust4.htm)

**Países donde las tasas de mortalidad de los niños superan a las de las niñas en 1993**

País	Muertes por cada 100,000 habitantes de 0 a 19 años		% de disminución de la tasa de mortalidad, 1970 - 1993		% de disminución de la tasa de mortalidad, 1970 - 1993
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	
Israel	80	64	80	64	25
Grecia	71	51	71	51	39
Suecia	57	41	57	41	39
Países Bajos	66	47	53	50	40
Bulgaria	137	97	45	46	41
Hunoría	106	75	61	62	41
Rumanía	179	127	60	65	41
Reino Unido	68	48	60	60	42
Alemania	65	45	-	-	44
Suiza	69	48	58	56	44
Dinamarca	71	49	51	47	45
Polonia	113	78	52	54	45
Australia	73	49	61	62	49
Canada	73	49	57	57	49
Estados Unidos	104	69	45	45	51
Nueva Zelanda	102	67	45	46	52
Finlandia	61	40	56	54	53
Francia	72	47	56	58	53
Japón	54	35	67	68	54
España	71	46	-	-	54
Austria	82	53	65	66	55
Noruega	70	45	53	51	56
Rep. Checa	90	57	-	-	58
Fed. de Rusia	181	110	-	-	65
Portugal	115	67	-	-	72

Figura # 4

Fuente: INICEF, en base a datos proporcionados por la CMS.

**2.19.2 Niños saludable: Meta 2002.** La organización Panamericana de la Salud O.P.S. a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, intenta reducir 100,000 muertes de niños menores de 5 años en las Américas; para esto la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con otras organizaciones nacionales e internacionales y la participación de los Ministerios de Salud proponen una estrategia efectiva y de bajo costo. Es importante fortalecer el compromiso de los gobiernos para alcanzar esta meta, y para esto se requiere de:

1. Conocer el Problema:

Cada año en las Américas, más de 250,000 niños mueren antes de los cinco años por enfermedades como diarrea, neumonía, desnutrición y otras enfermedades prevenibles por vacunación; estas enfermedades son la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas y de 40 a 50% de las hospitalizaciones.

2. El porqué de las muertes:

Entre las razones más importantes es que la población no tiene acceso ni a información, ni a los servicios de salud por barreras geográficas, sociales, económicas y culturales. La falta de conocimientos de los signos de alarma o las medidas de prevención .

- En los centros de salud se atiende únicamente el motivo de la consulta, sin buscar otros problemas de salud, ni orientar a los

padres a cerca de los cuidados para prevenir que las enfermedades empeoren o vuelvan a repetirse.

- Otras ocasiones el personal de salud no está lo suficientemente capacitado para identificar a tiempo los signos de alarma, o no tienen conocimientos y habilidades para diagnosticar y manejar correctamente estas enfermedades.
  
- El uso indiscriminado de antibióticos y la recomendación de otros medicamentos, incrementando las hospitalizaciones innecesarias para el tratamiento de algunos casos de neumonía y diarreas.

### 3. ¿Cómo se puede resolver el problema?

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI mejora la calidad de atención en los servicio de salud y de la comunidad;

- Permite aprovechar la visita del niño para evaluar su estado de salud e identificar problemas.
- Identifica a los niños enfermos que requieren tratamiento hospitalario.
- Focaliza la atención del niño como un todo.
- Evalúa el estado nutricional, la vacunación, el crecimiento y las prácticas de cuidados en el hogar.

- Asegura el tratamiento de todas las enfermedades que puedan presentar y no sólo atacar el motivo de la consulta.

AIEPI también optimiza el uso de los recursos de la comunidad porque:

- Identifica y explica las prácticas saludables, el cumplimiento del tratamiento, los hábitos de alimentación y el cuidado y estímulo del niño en el hogar.
- Pone la información al alcance de todos.
- Involucra a la comunidad para tomar acciones preventivas en pro de los infantes.
- Se adapta a la realidad de las condiciones de salud, y la situación operativa y cultural de cada país.

#### 4. Organizaciones que promueven/ apoyan las estrategias AIEPI:

- Organización Mundial de la Salud, OMS
- Organización Panamericana de la Salud, OPS
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF
- Agencia Internacional para el desarrollo de los EE.UU., USAID
- Cooperación Holandesa
- Cooperación Española
- Banco Mundial
- Banco Interamericano de Desarrollo, BID
- CORE Group, asociación de más de 30 ONG

- Cruz Roja Internacional
- Save the Children
- Plan Internacional
- CARE
- World Vision
- Catholic Relief Services
- Projet HOPE
- Universidades y sociedades científicas
- Asociación Latinoamericana de Pediatría, ALAPE
- Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermeras, ALADEFE
- Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, FEPAFEM y otros.<sup>(17)</sup>

---

<sup>17</sup> [www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/meta\\_2002-about.htm](http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/meta_2002-about.htm)

### 2.19.3 Estadísticas Nacionales de la Atención Materno Infantil

#### Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal 1980 - 1999

Año	Total		Neonatal		Postneonatal		No especificado
	Defunciones	Tasa 1/	Defunciones	Tasa 1/	Defunciones	Tasa 1/	
1980	96,918	39.9	38,949	16.0	55,280	22.6	2,691
1985	69,321	26.1	28,143	10.6	38,491	14.5	2,687
1990	65,497	23.9	31,503	11.5	33,879	12.4	115
1995	48,023	17.5	27,322	9.9	20,666	7.5	35
1999	40,283	14.5	23,808	8.6	15,990	5.8	485

Figura # 5

1/ Tasa por mil nacidos vivos registrados  
Fuente: INEGI, SSA / DGEI, 1999

Como se observa en la figura No. 4 la mortalidad infantil en México a través de la historia fue disminuyendo notablemente, toda vez que para 1980 la mortalidad total fue de 96,918 infantes (100%), en 1985 fue de 69,321 (71.5%), en 1990 fue de 65,497 (67.57%), para 1995 de 48,023 (49.55%) y en 1999 fue de 40,283 (41.56%). Así mismo la mortalidad neonatal tuvo variaciones significativas, pues en 1980 fue de 38,949 considerado como el 100%; 1985 de 28,143 (72.26%); para 1990 fue de 31,503 neonatos (80.88%), en 1995 fue de 27,322 recién nacidos (70.14%) y finalmente en 1999 fue de 23,808 o sea un 61.13%.

La mortalidad postneonatal para 1980 fue de 55,280 recién nacidos (100%), para 1985 murieron 38,491 menores (69.63%); en 1990 fue de 38,879 neonatos (70.33%), en 1995 fallecieron 20,666 o sea un 37.38% y para 1999 fueron 15,990 recién nacidos muertos o sea un 28.93%, con estas cifras nos damos cuenta que

el porcentaje de fallecimientos descendió en dos décadas considerando como punto de partida las cifras de 1980 en un 100% para poder hacer la comparativa.

**Mortalidad según grupos de edades  
1980 - 1999**

Año	General		Infantil		Preescolar		Materna	
	Defun- ciones	Tasa 1/	Defun- ciones	Tasa 2/	Defun- ciones	Tasa 3/	Defun- ciones	Tasa 5/
1980	434,465	6.5	96,918	39.9	28,667	3.4	2,296	9.5
1985	414,003	5.5	69,321	26.1	22,465	2.6	1,702	6.4
1990	422,803	5.1	65,497	23.9	20,138	2.3	1,477	5.4
1995	430,278	4.7	48,023	17.5	10,680	1.2	1,454	5.3
1999	443,950	4.5	40,283	14.5	7,774	0.9	1,400	5.1

Figura # 6

1/ Tasa por mil habitantes en base a proyecciones del CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1999.

2/ Tasa por mil nacidos vivos y registrados

3/ Tasa por mil habitantes de 1 a 4 años en base a proyecciones de CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1999.

5/ Tasa por 10, 000 nacidos vivos registrados.

Fuente: INEGI, SSA / DGEI, 1999

En la figura # 5 podemos observar la mortalidad por grupo de edades y la mortalidad general se han comportado de la siguiente manera:

En 1980 fallecieron 434,465 personas, considerando esta cifra como la cantidad total en dos décadas en un 100%, para 1985 murieron 414,003 personas (95.19%), en 1990 se reportaron 422,803 decesos (97.31%); en 1995 fueron 430,278 ( 99.03%) y para 1999 murieron 443,950 personas, superando el porcentaje base de 1980 en un 2.18%; es notorio que el aumento de la mortalidad es muy significativo, pero mirándolo desde el punto de vista específico por edades si tuvo variantes a la baja como lo presento enseguida:

<b>Año</b>	<b>Infantil</b>	<b>%</b>	<b>Preescolar</b>	<b>%</b>	<b>Materna</b>	<b>%</b>
1980	96,918	100	28,667	100	2,296	100
1985	69,321	71.5	22,465	78.4	1,702	74.1
1990	65,497	67.6	20,138	70.2	1,477	64.3
1995	48,023	49.5	10,680	37.3	1,454	63.3
1999	40,283	41.6	7,774	27.1	1,400	61.1

Figura # 7

Aquí notaremos que el porcentaje de muertes es más elevado en la etapa infantil. La etapa preescolar y materna es mucho más baja comparada con la mortalidad general.

La mortalidad General para 1980 fue de 434,465 personas de las cuales el 22.31% fue infantil, 6.6% fue preescolar y el 0.53% fue materna. Para 1985 el 100% fue de 414,003 fallecimientos de los cuales el 16.74% fue infantil, el 5.43% fueron preescolares y el 0.41% fue materna. En 1990 el 100% fueron 422,803 decesos de los cuales el 15.49% fueron infantes, el 4.76% fueron preescolares y el 0.35% fue materna. En 1995 se incrementó la mortalidad general siendo el 100% de 430,278 muertes de las cuales el 11.16% fue infantil, 2.48 fue preescolar y el 0.34% fue materna; finalmente en el año de 1999 el 100% de la mortalidad general fueron 443,950 de las cuales el 9.07% fue infantil, el 1.75% fue preescolar y el 0.32% fue materna, notando con estas cifras que la mortalidad infantil es un porcentaje significativo comparado con la mortalidad general.

Para el año de 1999 y de acuerdo a las Estadísticas de sistema Nacional de Salud del capítulo Secretaría de Salud se tiene:

Urgencias atendidas según entidad federativa y específicamente en el estado de Chiapas tenemos que el total fue de 152,101 urgencias de las cuales 14,066 fueron por accidente, envenenamiento y violencia (9.25%), de enfermedades calificadas 33,397 (21.95%) y no calificadas 90,118 (59.25%); atenciones de trabajo de parto fueron 14,520 o sea un (9.55%) del total de la población atendida.

(FUENTE: INEGI, SSA / DGEI, 1999)

Consulta Externa, según Entidad Federativa por Programa: En el estado de Chiapas se atendieron 2'217,484 consultas siendo éstas el 100%, Enfermedades transmisibles 552,409 (24.91%); enfermedades crónico degenerativas 65,473 (2.95%); Otras enfermedades 659,776 (29.75%); Planificación Familiar 197,541 (8.91%) y Salud bucal 211,775 (9.55%). Es notorio el mínimo porcentaje de atención de planificación familiar, significando que falta educación higiénica en salud reproductiva en nuestro estado.

(FUENTE: INEGI, SSA / DGEI, 1999)

Consulta Externa, según Entidad Federativa por tipo: El total de la atención para 1999 fue de 2'369,585 consultas (100%), de los cuales la consulta general fue de 1'863,121 consultas (78.63%); el (6.02%) fue de consulta especializada atendiendo 142,588 demandantes del servicio; 211,775 consultas odontológicas (8.94%) y consultas de urgencias 152,101 (6.42%). (FUENTE: INEGI, SSA / DGEI, 1999)

**Defunciones Generales, infantiles y tasa de mortalidad infantil por residencia habitual y año de registro según sexo**

<b>Año de registro</b>	<b>Defunción gral. Total 2/</b>	<b>Defunciones infantiles</b>	<b>Tasa de mort. Infantil 1/</b>
1995	15,281	2,073	14.5
1996	15,243	1,925	16.5
1997	15,512	1,798	13.6
1998	16,413	1,897	14.2

Figura # 8

1/ Número de defunciones infantiles ((menores de 1 año), por cada 1,000 nacidos vivos registrados en determinado año.

2/ En el total se incluye sexo no especificado

Fuente: INEGI, Dirección general de estadística. Dirección de estadísticas demográficas y sociales. Dirección Regional Sur.

Haciendo un análisis de la figura # 8 nos podemos dar cuenta que la tasa de mortalidad infantil para el año 1995 y para el año 1998 son muy semejantes, ya que la variación es insignificante comparada con el año de 1996 que fue 2 puntos mayor que el 1995.

**Defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil por municipio de residencia habitual del fallecido, según sexo (1998)**

Mpio. De residencia habitual	Defunciones infantiles			Tasa de mortalidad inf. 1/		
	Total	Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas
Chiapas	1,897	1,070	827	14.2	16.0	12.4
Tuxtla Gtz.	203	118	85	18.2	20.8	15.5

Figura # 9

1/ Número de defunciones infantiles ((menores de 1 año), por cada 1,000 nacidos vivos registrados en determinado año.

Fuente: INEGI, Dirección general de estadística. Dirección de estadísticas demográficas y sociales. Dirección Regional Sur.

**Atención Obstétrica y Estudios de Diagnóstico por Entidad Federativa 1999.**

Entidad Federativa	Partos Atendidos	Nacidos Vivos	Usuarías Activas	Estudios	
				Laboratorio	Rayos X
Total	1'442.082	1'436.306	9'302.543	167'900.219	17'113.34
Chiapas	47.405	47,009	368,178	3'123.663	283,366
%	3.29 %	3.27 %	3.96 %	1.86 %	1.66 %

Figura # 10

(FUENTE: INEGI, SSA / DGEI, 1999)

De acuerdo a este cuadro podemos darnos cuenta que la atención obstétrica de acuerdo a los datos nacionales podemos ver que en el estado de Chiapas es mínima oscilando entre 3.25 y 4.0% y los estudios de diagnóstico varían de 1.6 a 1.9%.

### Servicios de Hospitalización por Institución de Salud 1999

Institución	Egresos	Intervs. Quirúrgicas	Días Estancia	Nacimientos atendidos		
				Total	Parto 3/	Cesárea
<b>Población Derechohabiente</b>	2'483,277	1'767,681	11'229,850	726,300	447,104	279,196
<b>ISSSTE</b>	350,814	258,076	1'471,657	55,064	27,157	27,907
<b>%</b>	14.13	14.60	13.10	7.58	6.07	10.0

Figura # 11

3/ Incluye Partos eutócicos y distócicos vaginales

Fuente: DGEI, Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. I y III, 1999.

De acuerdo a la figura # 11 podemos apreciar que la población atendida en el ISSSTE es mínima comparada con la cantidad total de derechohabientes hospitalizados.

### Mortalidad por Enfermedades Infecciosas Intestinales e

Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de cinco años, en el estado de

Chiapas. 1980 - 1999

Año	Enfermedades Infecciosas Intestinales		Infecciones Respiratorias Agudas	
	Defunciones	Tasa 1/	Defunciones	Tasa 1/
1980	29,691	279.9	24,994	235.6
1985	20,566	192.9	16,507	154.8
1990	14,011	125.6	12,907	115.7
1995	4,864	43.7	8,649	77.8
1999	2,765	25.3	5,159	47.3

Figura # 12

1/ tasa por 100,000 habitantes menores de 5 años en base a proyecciones del CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1999

Fuente: INEGI, SSA / DGEI, 1999.

La mortalidad en menores de 5 años de 1980 a 1999 ha tenido un comportamiento a la baja, toda vez que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales para 1980 fue de 279.9 disminuyendo para 1999 a un 25.3. La tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas de 1980 a 1999 disminuyó de 253.6 a 47.3, notándose un considerable descenso, siendo esto positivo para nuestra población infantil, siendo quizás por el nivel académico que actualmente tienen las madres de familia

**Nuevas aceptantes y usuarias activas de métodos de planificación familiar otorgados en las instituciones públicas del sector salud por régimen e institución, según procedimiento y método, (Año 1999)**

Procedimiento y método	Nuevas aceptantes		Usuarias activas	
	Total	ISSSTE	Total	ISSSTE
Quirúrgicos	101,972	3,394	450,812	18,006
Salpingoclasia	13,431 a/	643	96,711	9,596
Vasectomía	11,300	609	47,268	ND
Hormonales	40,500	1,046	43,309	2,999
Inyectables	23,490	263	24,461	ND
Pastillas	17,016	783	15,849	ND
De apoyo	48,035	1,705	122,339	5,411
DIU	38,907	684	35,435	ND
Preservativo	7,915	ND	11,945	ND

Figura # 13

A/ La suma en sentido vertical no coincide con el total, debido a que la SSA no dispone de informes desagregado

Fuente: anuario estadístico de Chiapas. Edición 2000. INEGI. México, D.F.

## 2.19.4. Estadísticas Locales de la Atención Materno Infantil.

### Atención Obstétrica en el Hospital Gral. Belisario Domínguez por grupo de edades, 1999

	14 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	+ 40	TOTAL	
Parto Normal	16	55	93	64	29	7	264	
Cesárea	5	70	92	89	49	6	311	
L.U.I.	1	15	49	36	23	3	127	
Amenaza parto pretérmo	1	8	15	15	8	4	51	
Amenaza de Aborto	1	7	14	14	11	-	47	
Embarazo Complicado.	1	3	5	4	2	-	15	
Método Planif. Fam	OTB	1	15	36	47	37	9	145
	DIU	-	5	4	6	1	-	16
TOTAL	26	178	308	275	160	29	976	

Figura # 14

FUENTE: Departamento de estadística del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 1999.

**Muertes fetales acontecidas en el hospital general "Dr. Belisario Domínguez" del  
ISSSTE por mes, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.**

**Año 1999**

Semanas de Gestación	En	F	M	A	M	Jn	Jl	A	S	O	N	Di	anual
De la 0 a la 19	10	5	11	10	10	11	5	14	9	15	10	13	123
De la 20 a la 27	-	-	1	2	-	-	-	-	-	1	-	-	4
De la 28 en adelante	-	-	-	2	-	1	1	1	1	-	1	-	7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>134</b>

**Figura # 15**

FUENTE: Departamento de estadística del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 1999.

**Tipos de nacimientos registrados en el hospital general "Dr. Belisario Domínguez"  
en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el año 1999**

Tipo de parto	Total	Tipo de parto	Total
Partos únicos	570	Cesáreas	311
Partos gemelares	0	Partos normales	264
<b>Total</b>	<b>575</b>	<b>Total</b>	<b>575</b>

**Figura # 16**

FUENTE: Departamento de estadística del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 1999.

**Principales causas de morbilidad en niños menores de cinco años en el Hospital  
General "Dr. Belisario Domínguez" de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas,  
Año 1999**

Enfermedad o padecimiento	No. de niños
1. Bronconeumonía y/o bronquitis	28
2. Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	15
3. Fracturas	10
4. Faringoamigdalitis y faringotraqueítis	9
5. Asfixia del recién nacido	8
6. Enfermedades Gastrointestinales	7
7. Ictericia del recién nacido	7
8. Recién nacido potencialmente infectado	6
9. Infecciones respiratorias agudas	4
10. Recién nacido pretérmino	4

Figura # 17

FUENTE: Departamento de estadística del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 1999.

Principales causas de egreso en el servicio de ginecología del Hospital General "Dr.

Belisario Domínguez " de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Año 1999

Causas de egreso de hospitalización	No. de pacientes
1. Histerectomía abdominal	70
2. Quiste de ovario	18
3. Colpoperinoplastia	17
4. Quiste, tumor y/o fibroadenoma mamario	16
5. Miomatosis uterina	13
6. Sangrado disfuncional	10
7. Probable cáncer cervicouterino o de ovario	9
8. Bartolinitis	8
9. Rectocele o cistocele	8
10. Herida quirúrgica infectada o infección puerperal	7
11. Tumor o quiste pélvico	4
12. Infecciones urinarias	4

Figura # 18

FUENTE: Departamento de estadística del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 1999.

### III. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El hospital General del ISSSTE "Dr. Belisario Domínguez" de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas cuenta con 7269 derechohabientes en edad fértil de 19 a 34 años de edad. De las cuales 460 acuden a control prenatal, pero de manera general, ya que son controladas en la consulta externa por el médico familiar debido a la falta del servicio de Enfermería Materno Infantil.

El servicio de Enfermería Materno Infantil sería un apoyo importante para la embarazada de bajo riesgo, ya que la enfermera es capaz de visualizar con mayor realismo la situación de la mujer grávida, toda vez que la identificación de género es de suma importancia, permitiendo que la paciente sea más sincera al responder a las preguntas que se le planteen, pudiendo así obtener una historia clínica más fidedigna y finalmente poder planear las intervenciones que requiera cada paciente.

Con respecto a la atención del infante menor de cinco años, es importante que la enfermera materno infantil le atienda, ya que se tendría un seguimiento y un control más preciso del desarrollo y crecimiento de los niños, pudiendo detectar problemas nutricionales, dentales, alimenticios, de vacunación, etc.

La falta de éste servicio permite que las enfermedades gastrointestinales y respiratorias en el menor de 5 años sean detectadas tardíamente, así como los factores de riesgo en mujeres embarazadas.

### 3.2 OBJETIVOS:

**GENERAL:** Señalar los factores que influyen en la inexistencia del servicio de Enfermería Materno Infantil.

**ESPECÍFICOS:** Señalar la falta de programa como indicador de la ausencia de atención materno infantil.

Señalar la falta de enfermeras con formación materno infantil, como factor relacionado con la falta de programa.

Describir la falta de categoría como enfermera materno infantil en la plantilla presupuestal de la unidad.

Señalar la necesidad de la demanda del servicio de Enfermería Materno Infantil.

### 3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; las enfermeras hemos observado la necesidad de la creación del servicio de atención materno infantil; que generaría acciones para el control del niño sano y de las mujeres con embarazos de bajo riesgo lo lleven a cabo los médicos especialistas, pudiendo aprovechar este recurso para la atención de niños enfermos y a las mujeres con embarazos de mediano y alto riesgo.

Por lo anterior:

¿ Cuáles son los factores que han influido en la inexistencia del servicio de Enfermería Materno Infantil?

### 3.4 HIPÓTESIS

Los factores que han influido en la inexistencia del servicio de Enfermería Materno Infantil ( EMI ) son:

- ◆ Falta de programas a nivel central
- ◆ Falta de enfermeras con formación materno infantil
- ◆ Falta de categorización en la plantilla presupuestal
- ◆ Demanda de la atención materno infantil por parte de los usuarios

### 3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable de estudio: Factores que influyen en la inexistencia del servicio de  
Enfermería Materno Infantil.

Indicadores de la variable: Falta de programas a nivel central.

Falta de enfermeras con formación materno  
Infantil.

Falta de categoría en la plantilla presupuestal.

Demanda del servicio por parte de los usuarios.

#### Definición nominal:

- Los factores que influyen en la inexistencia del servicio de enfermería Materno Infantil, son las circunstancias que han permitido la ausencia de éste módulo.
- La falta de programas a nivel central es: la ausencia de lineamientos de enfermería materno infantil en la dirección general de enfermería.
- La falta de enfermeras con formación materno infantil es la privación de personal capacitado en ésta área.
- La falta de categoría en la plantilla presupuestal es; la carencia de nombramiento de enfermeras especialistas en enfermería materno infantil.
- La demanda del servicio por parte de los usuarios es: el requerimiento por parte de los derechohabientes a solicitar la atención de enfermería materno infantil.

Definición operativa:

Indicadores de La variable	Tipo de variable	Escala	Categoría
Falta de programas a nivel central	Cualitativa	Nominal	No existe
Falta de enfermeras Con formación M.I.	Cualitativa	Nominal	No existe
Falta de categoría en plantilla presupuestal	Cualitativa	Nominal	No existe
Demanda del servicio por parte del usuario	Cualitativa	Nominal	No existe

Figura # 19

### 3.6 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental y de servicios de salud.

### 3.7. UNIVERSO DE ESTUDIO

Hospital General "Dr. Belisario Domínguez del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

### 3.8 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Programas y políticas, tomadores de decisión y usuarios

### 3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

#### Programas y políticas

- INCLUSIÓN: Programas del ISSSTE
- EXCLUSIÓN: Programas del IMSS, ISSTECH, SSA
- ELIMINACIÓN: Programas no vigentes

#### Tomadores de decisión

- INCLUSIÓN: Director del hospital, jefes de servicios de ginecobstetricia, pediatría y neonatología jefe de enfermeras, enfermeras jefes de piso de gineco-obstetricia, pediatría y neonatología.
- EXCLUSIÓN: Médicos generales, enfermeras generales, auxiliares de enfermería y personal administrativo
- ELIMINACIÓN: Jefes de hospitales del IMSS, ISSTECH, SSA.

#### Usuarios

- INCLUSIÓN: Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años derechohabientes
- EXCLUSIÓN: Adultos masculinos y femeninos y mayores de 5 años con patologías

- ELIMINACIÓN: Personas no derechohabientes

### 3.10 UNIVERSO MUESTRA

Para la realización de esta investigación se seleccionó una muestra no estadística de 30 mujeres en edad fértil que acuden al servicio de ginecología a control prenatal; será arbitrario, no estadístico, siendo un universo de 460 derechohabientes femeninas.(figura # 4)

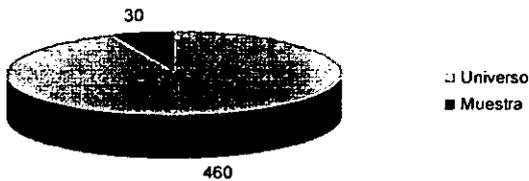


Figura # 20

FUENTE: Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

**TOTAL DE PERSONAL DE ENFERMERÍA POR TURNO,  
PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL**

**PLANTILLA IDEAL**

<b>TURNO S</b>	<b>P E R S O N A L</b>	
	<b>PROFESIONAL</b>	<b>NO PROFESIONAL</b>
<b>MATUTINO</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
<b>VESPERTINO</b>	<b>29</b>	<b>34</b>
<b>NOCTURNO "A"</b>	<b>18</b>	<b>12</b>
<b>NOCTURNO "B"</b>	<b>18</b>	<b>12</b>
<b>SÁBADOS</b>	<b>24</b>	<b>15</b>
<b>DOMINGOS</b>	<b>24</b>	<b>15</b>
<b>T O T A L</b>	<b>150</b>	<b>126</b>

Figura # 21

FUENTE: Departamento de Enfermería del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

NOTA: Considerado como personal profesional a todas las enfermeras generales incluyendo a las (14) licenciadas en enfermería. Actualmente solo contamos con una enfermera materno infantil.

En cuanto a los tomadores de decisiones: se consideró al personal directivo médico y de enfermería; Director, jefe médico del servicio de Pediatría y del servicio de Gineco-obstetricia, Jefe de enfermeras, enfermeras jefes de servicio de pediatría, neonatología y gineco-obstetricia.

### 3.11 INSTRUMENTO

a) El instrumento:

Para llevar a cabo esta investigación se usará una encuesta que se aplicará a los usuarios y otra que será aplicada a los tomadores de decisión.

b) Instructivo:

Esta encuesta está integrada por 16 preguntas, las cinco primeras se refieren a datos generales y las once restantes a aspectos relacionados con la demanda del servicio de atención materno infantil.

b) Plan de aplicación:

Esta encuesta será aplicada en las salas de espera del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas del 10 al 14 de abril del año 2000, a mujeres embarazadas, madres y padres de familia que acudan a consulta con sus hijos y algunas mujeres en edad reproductiva.

Esta encuesta la aplicaré personalmente en un horario matutino, con una duración de 10 a 15 minutos, de acuerdo al tipo de persona a quien sea aplicada, llevaré una identificación personal, para poder presentarme y así mismo se me facilite la obtención de datos. Cabe mencionar que antes de realizar este trabajo solicité verbalmente, autorización con el Director de esta unidad y con la jefe de

enfermeras, para evitar obstáculos en la realización de esta investigación; a lo cual respondieron positivamente.

### 3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la realización de esta encuesta realice una prueba piloto a un grupo de 5 personas que no son derechohabientes del ISSSTE, con las cuales encontramos que no había problema alguno.

### 3.13 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el procesamiento estadístico de la información se elaborarán cuadros y gráficas, y se aplicará estadística descriptiva

## IV RESULTADOS

### 4.1 DATOS GENERALES DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Después de haber aplicado 30 encuestas a los usuarios (padres de familia con hijos menores de 5 años y mujeres embarazadas) se encontró la siguiente información: Con relación a los datos generales tenemos que la edad de las personas encuestadas oscila entre 18 y 40 años, siendo el mayor porcentaje 36.6% en edad de 25 años (ver cuadro y gráfica # 1)

#### DATOS GENERALES:

##### Cuadro # 1

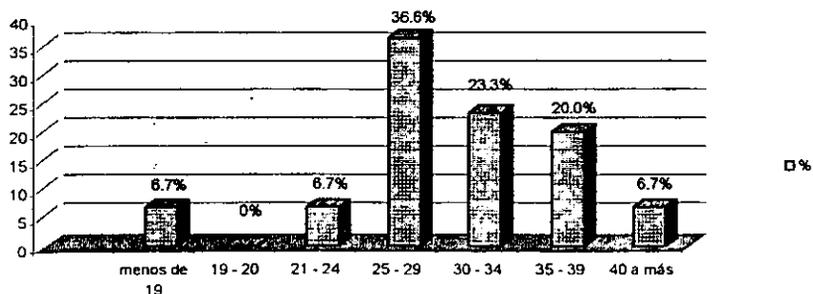
Edad de los usuarios encuestados.

Grupo de edades	Número	%
menos de 19	2	6.7
19 - 20	0	0
21 - 24	2	6.7
25 - 29	11	36.6
30 - 34	7	23.3
35 - 39	6	20.0
40 a más	2	6.7

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

##### Gráfica # 1

Edad de los usuarios encuestados.



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

#### 4.1 DATOS GENERALES DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En cuanto al estado civil se encontró 86.7% de mujeres casadas y 13.3% de madres solteras, (ver cuadro y gráfica # 2)

##### DATOS GENERALES:

Cuadro # 2

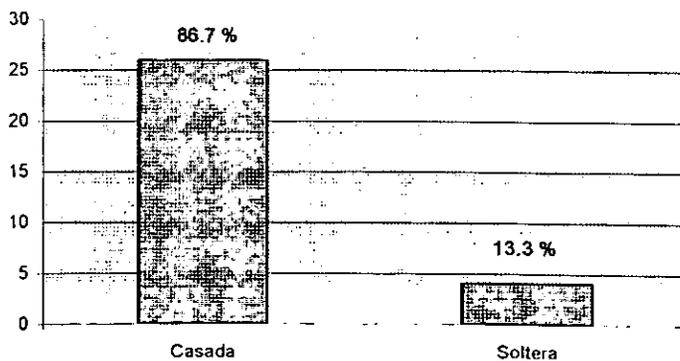
Estado civil de las usuarias:

Estado civil	Número	%
Casada	26	86.7
Soltera	4	13.3

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 2

Estado civil de las usuarias:



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

#### 4.1 DATOS GENERALES DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con respecto a la escolaridad la encuesta arrojó los siguientes datos : el 13.3% cursó la primaria, 20% la secundaria, 26.7% el bachillerato, el 20% estudió una carrera técnica 10% la carrera comercial y el 10% tiene estudios de licenciatura, (ver cuadro y gráf. # 3)

##### DATOS GENERALES:

Cuadro # 3

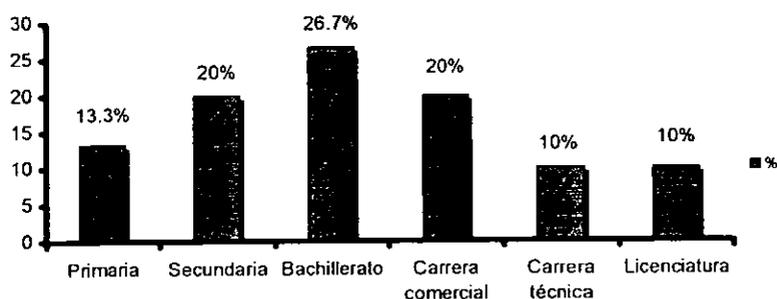
Escolaridad de las usuarias.

Escolaridad	Número	%
Primaria	4	13.3
Secundaria	6	20
Bachillerato	8	26.7
Carrera comercial	6	20
Carrera técnica	3	10
Licenciatura	3	10

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 3

Escolaridad de las usuarias.



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

#### 4.1 DATOS GENERALES DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con relación a la ocupación se encontró que el 36.6% se dedican al hogar, 16.7% realiza actividades administrativas, el 13.3% son enfermeras, el 13.3% profesoras, 10% se dedic a actividades comerciales y de igual manera el 10% son profesionistas. (ver cuadro y graf.

##### DATOS GENERALES:

Cuadro # 4

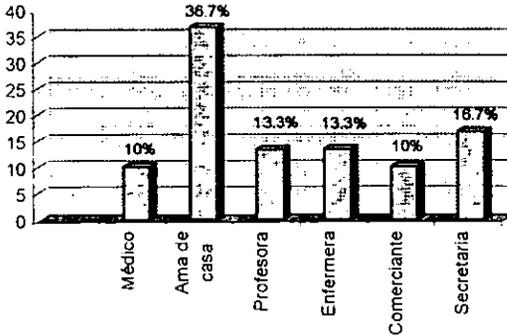
Ocupación de las usuarias.

Ocupación	Número	%
Médico	3	10
Ama de casa	11	36.7
Profesora	4	13.3
Enfermera	4	13.3
Comerciante	3	10
Secretaria	5	16.7

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 4

Ocupación de las usuarias.



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Con estos datos nos podemos dar cuenta que el tipo de usuarios que acude a esta unida hospitalaria son personas con un nivel académico de bachillerato y la mayor parte de esta mujeres se dedican al hogar.

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el mismo número de encuestas aplicadas se obtuvieron los siguientes datos; Edad de los hijos, se consideraron únicamente los menores de 5 años haciendo un total de 28 niños de los cuales el 28.57% son de 0 a 1 año, 39.29% de 2 a 3 años y el 32.14% son de 4 a 5 años (ver cuadro y gráfica # 5)

### DATOS ESPECÍFICOS Cuadro # 5

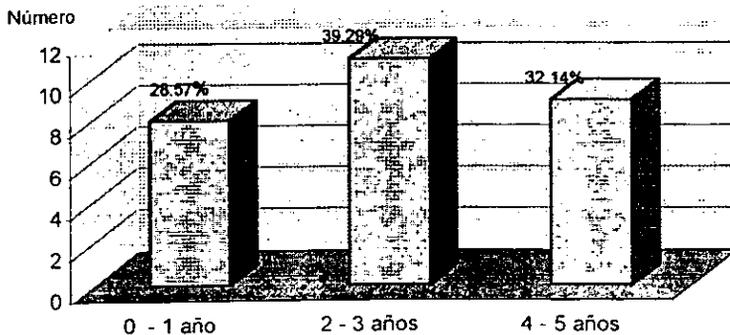
Edad de los hijos / Demanda de servicio de Atención Materno Infantil.

Edad de los hijos	Número	%
0 - 1 año	8	28.57
2 - 3 años	11	39.29
4 - 5 años	9	32.14

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 5

Edad de los hijos



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

**4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Respecto a la asistencia del control del niño sano el 56.7% no asisten a este control y el 43.3% contestaron que si, (ver cuadro y gráfica # 6)

**DATOS ESPECÍFICOS**  
Cuadro # 6

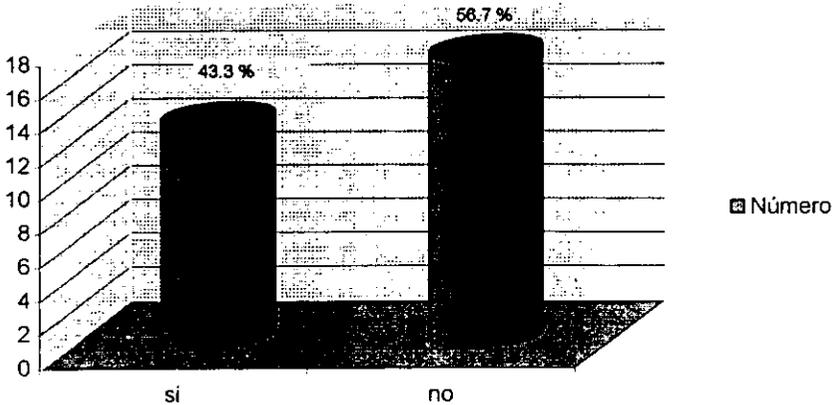
Asistencia a control del niño sano / Demanda de servicio de atención Materno Infantil.

Control del niño sano	Número	%
Si	13	43.3
No	17	56.7

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 6

Asistencia a control del niño sano



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En cuanto a la atención del último parto, encontré que el 86.46% fueron atendidos por un médico en un hospital, 7.69% fue asistido por una enfermera y el 3.85% por partera: (ver cuadro y gráfica # 7)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 7

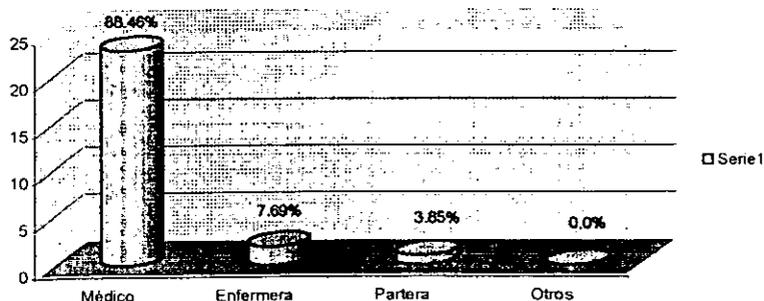
Personal que atendió el último parto / Demanda de servicio de Atención Materno Infantil

Atención del último parto	Número	%
Médico	23	86.46
Enfermera	2	7.69
Partera	1	3.85
Otros	0	0

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 7

Personal que atendió su último parto



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se investigó sobre el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna, obteniendo respuestas positivas en un 76.7% y negativas en un 23.3%; (ver cuadro y gráfica # 8)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 8

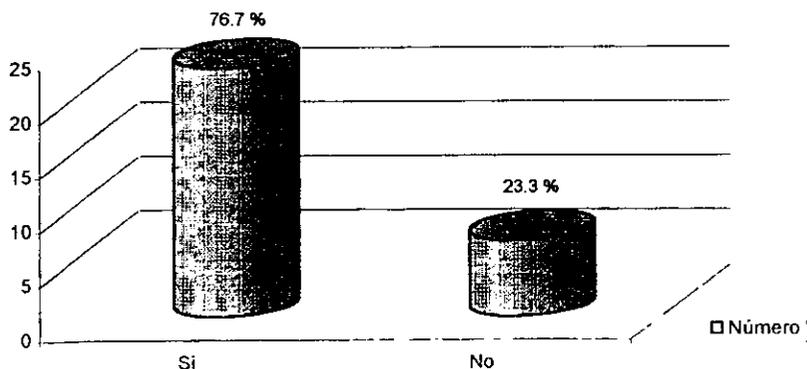
Conocimiento de las ventajas de la lactancia materna /  
Demanda de servicio de Atención Materno Infantil

Edad de los hijos	Número	%
Si	23	76.7
No	7	23.3

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 8

Conocimiento de las ventajas de la lactancia materna



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Así mismo se les preguntó sobre el conocimiento de factores de riesgo durante el embarazo respondiendo en un 53.3% que si conocen estos riesgos y un 46.7% dijeron desconocerlos (ver cuadro y figura # 9)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 9

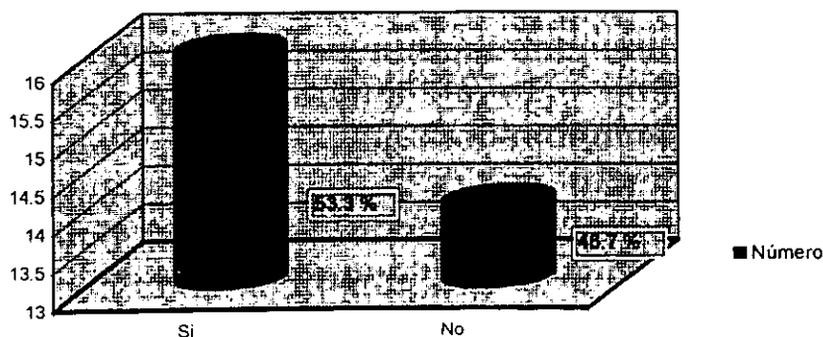
Conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo  
Demanda de los servicios de Atención Materno Infantil

Edad de los hijos	Número	%
Si	16	53.3
No	14	46.7

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 9

Conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con relación a la frecuencia con que se presentan enfermedades gastrointestinales el 50. % respondió que poco frecuente, el 36.7% dijeron que nunca y el 13.3% manifestó que muy frecuentemente, (ver cuadro y gráfica # 10)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 10

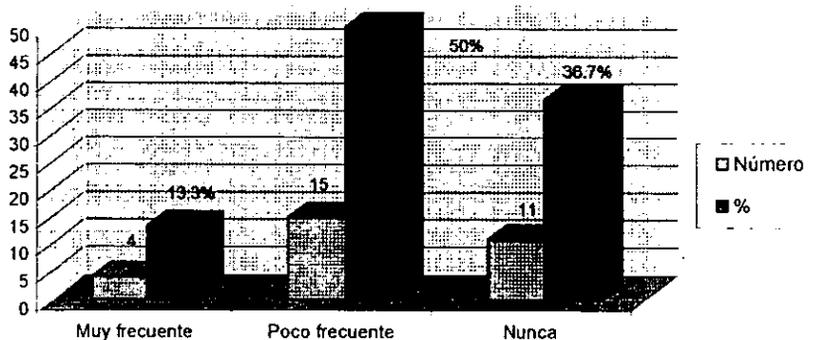
Frecuencia de enfermedades gastrointestinales / Demanda de servicio de Atención Materno Infantil

Frecuencia de enfermedad	Número	%
Muy frecuente	4	13.3
Poco frecuente	15	50
Nunca	11	36.7

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 10

Frecuencia de enfermedades gastrointestinales



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Referente a la detección oportuna de signos de alarma de enfermedades respiratorias agudas el 76.7% respondió que si sabe cuales son y el 23.3% dijo desconocerlos. (ver cuadro y gráfica # 11)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 11

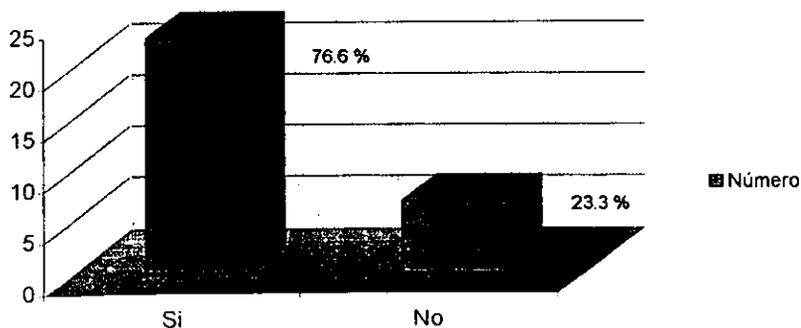
Detección de signos de alarma en enfermedades respiratorias  
Demanda de los servicios de Atención Materno Infantil

Detección de signos de alarma en infecciones resp.	Número	%
Si	23	76.7
No	7	23.3

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 11

Detección de signos de alarma en enfermedades respiratorias



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con relación al conocimiento del servicio de Enfermería Materno Infantil el 83.3% respondió que desconoce este servicio y el 16.7% dice conocerlo, por haber tenido anteriormente orientación en otra institución (IMSS y SSA) (ver cuadro y gráfica # 12)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 12

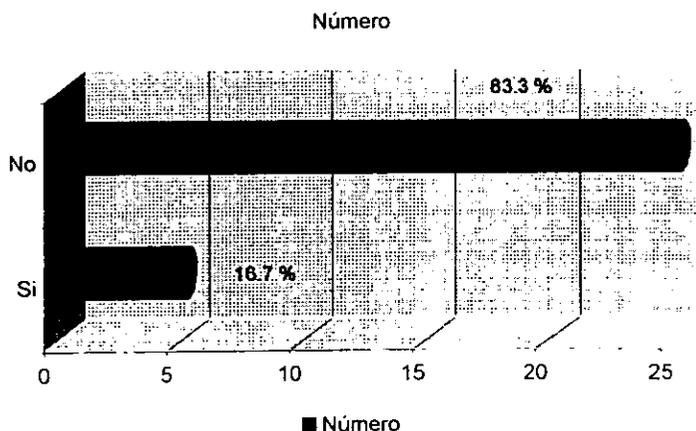
Conocimiento del servicio de Enfermería Materno Infantil  
Demanda de los servicios de Atención Materno Infantil

Conocimiento del servicio	Número	%
Si	5	16.7
No	25	83.3

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 12

Conocimiento del servicio de Enfermería Materno Infantil



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

## 4.2 DATOS ESPECÍFICOS DE LOS USUARIOS DEMANDANTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Finalmente con respecto a la experiencia del servicio de Enfermería Materno Infantil la respuesta fue en un 100% que sí; (ver cuadro y gráfica # 13)

### DATOS ESPECÍFICOS

Cuadro # 13

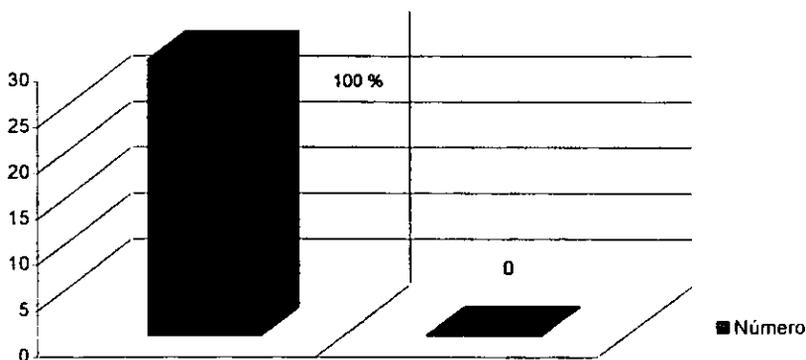
Deseo de la existencia del servicio de Enfermería Materno Infantil  
Demanda de los servicios de Atención Materno Infantil

Deseo de la existencia de del servicio de Enfermería Materno Infantil	Número	%
Si	30	100
No	0	0

Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

Gráfica # 13

Deseo de la existencia del servicio de Enfermería Materno Infantil



Fuente: 30 encuestas aplicadas a los usuarios del Hospital General "Dr. Belisario Domínguez" del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Abril del 2000

#### 4.3. DATOS EMITIDOS POR LOS TOMADORES DE DECISIÓN.

Con respecto a la encuesta aplicada a los tomadores de decisión (8 personas), las respuestas coincidieron en su mayoría, con respecto a la existencia de un programa de Enfermería Materno Infantil, lo desconocen.

En relación al control de la embarazada de bajo riesgo lo lleva a cabo el médico familiar y a finales del embarazo, la paciente es canalizada al médico especialista.

Con respecto al control del niño sano , no se lleva a cabo como tal, toda vez que los menores son atendidos únicamente cuando están enfermos.

En cuanto a la demanda del servicio de Enfermería Materno Infantil; no se tiene conocimiento, ya que hasta este momento no se ha implementado esa atención al derechohabiente.

El hospital cuenta hasta el momento con 14 licenciadas en enfermería y una enfermera con postécnico en materno infantil. Personal suficiente para poder implementar el servicio de Enfermería Materno Infantil.

La respuesta que dieron a la pregunta referente a la morbilidad y mortalidad perinatal fue positiva, ya que opinan que de detectarían precozmente los problemas a ese grupo de pacientes.

En cuanto a las barreras existentes para la implementación de éste servicio las de mayor peso son las de tipo político y económico y sobre todo las de reconocimiento profesional, pues los médicos especialistas creen que la enfermera es incapaz de llevar a cabo ese tipo de tareas; y según respuesta de las autoridades estas barreras se podrían salvar.

#### 4.4. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

A partir de los resultados emitidos tanto por los usuarios como por los tomadores de decisión encontré que el grupo predominante de mujeres se encuentran en etapa reproductiva, lo que demanda, de acuerdo a los lineamientos de la O.M.S.<sup>(18)</sup> la creación de proyectos de infraestructura de servicios que reduzcan el riesgo de las mujeres, toda vez que el gobierno federal contempla en el Plan Nacional de Salud la atención materno infantil como una prioridad, conjuntamente con otros programas para brindar atención de calidad para la población demandante de los servicios de salud, siendo esto de suma importancia en este rubro, así mismo fue considerado este proyecto como importante ya que las otras instituciones de salud (SSA e IMSS) ya cuentan con un servicio "EMI" el cual realiza las actividades a través de una enfermera profesional.

---

<sup>18</sup> O.M.S. Lineamientos para la Atención Materno Infantil. EV Manuales técnicas. O.P.S. - O.M.S. - 1989

## 4.5. PROPUESTAS

De acuerdo a los resultados se propone lo siguiente:

- La implementación del servicio de Enfermería Materno Infantil (EMI), para brindar atención a las mujeres embarazadas de bajo riesgo, el control del niño sano menor de 5 años, orientación con respecto a la salud reproductiva y métodos de planificación familiar, crecimiento y desarrollo del menor, detección oportuna de desnutrición u obesidad infantil, control de enfermedades transmisibles a través de su cartilla de vacunación, salud y profilaxis dental, orientación acerca de la detección oportuna de los signos de alarma en enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, y como punto importante enseñar a la madre los cuidados que debe tener para ella y sus hijos en el hogar, etc.
  
- Buscar alternativas para la creación de el servicio de EMI, tanto con las autoridades locales como las estatales, comprometiéndome a asesorar las actividades que se desarrollen allí.

## 4.6 CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos puedo decir que el objetivo general fue alcanzado, ya que los jefes de servicio tanto de gineco-obstetricia como de pediatría tienen interés en el proyecto.

Con respecto a la hipótesis fue comprobada, toda vez que no existen programas de Enfermería Materno Infantil a nivel central, así mismo el hospital sólo cuenta con una enfermera con formación materno infantil y 14 licenciadas en enfermería que podrían realizar las actividades que se requieren en ese servicio.

Otro punto de la hipótesis es la falta de categoría en plantilla, o sea el reconocimiento como profesionista a las licenciadas en enfermería, y solamente se les considera como especialistas; cabe mencionar que en el Instituto la categoría de especialista se les ha dado a las enfermeras que tienen un postécnico en alguna especialidad.

Finalmente la demanda del servicio es imperativa, toda vez que existe un exceso de trabajo para los especialistas, dando como resultado el inadecuado control tanto de los menores como de las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

Agenda Estadística - EUM – Edición 2000, INEGI p.p. 186

Anuario Estadístico, Chiapas. Edición 2000. INEGI . México D. F. p.p. 506

BERTELLOTTI, Ricardo y Armando Quintero. Gramática y diccionario de sinónimos, Ed. Cardón, 2ª. Edición, Buenos Aires, Argentina, 1980, Tomos I y II.

Boletín de Información estadística, recursos y servicios 1990, 1997 y 1998. Grupo interinstitucional de información en salud.

BRUNNER, Lillian Sholtis, SUDDARTH, Doris Smith. Enfermería Médico Quirúrgica, México D.F. 6ª edición, Ed. Interamericana 1980, pp. 870

BURROUGHS, Arlene, Med, RN. Enfermería Materno Infantil, México D. F. 7ª EDICIÓN, Ed. Interamericana, McGraw Hill, 1999, p.p. 601

CARDONA, Jorge Arturo, y col. Manual de Capacitación en Consejería en Salud Reproductiva y sus Impactos, Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.

COLLIERE, Marie, Promover la vida, Madrid España. Ed. Interamericana, McGraw Hill, 1995.

Estadísticas vitales, cuaderno # 7 Chiapas. INEGI, México 2000, p.p. 233

Guía Diagnóstico Terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar. Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, volumen 36, Número 1, 1998.

Guía para la Obtención del consentimiento Informado en Planificación Familiar Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996.

Guía técnica de Apoyo para la Enfermera Materno Infantil en la Vigilancia del Menor de 5 años Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997.

HERNANDEZ, Conesa J. Historia de la enfermería. Madrid, España Ed. Interamericana McGraw Hill 1992

Manual de Procedimientos de Planificación Familiar, Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996.

Manual para el Uso de la Metodología anticonceptiva, Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996.

Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. México, D. F. 1983

[paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/meta2000-about.htm](http://paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/meta2000-about.htm), Internet

REEDER rn, PhD, Faan Sharon J, MARTIN RN, MS, DrPH, Leonide L y KONIAK RN, EdD Deborah, Enfermería Materno Infantil, México, D.F .17ª Edición. Ed. Interamericana, 1999. p.p. 1334

RUBIO, Domínguez Severino y col. Obstetricia I. Antología, Unidad II "Aspectos Psicosociales en el desarrollo de la salud reproductiva" México, D.F. ENEO - UNAM 1996. P.p. 141 -246

SAO, Martin Herman, Tratado General de la Salud en las sociedades humanas, México, D.F. Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana, S.A de C. V. 1992. P.p. 521-810

SILVER HK, Ford L: The pediatric nurse practitioner program; Expanding the role of de nurse to provide increased health care for children. JAMA 204; Abril 33, 1968. p.p. 298-302

UNICEF. Org./ Spanish/pon98/indust4.htm. Progreso de las Naciones – Paises industrializados

U.S. Bureau of the Census: Household and family characteristics:Current Population Reports Series No. 296 Washington, DC. Department of Commerce. 1985

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**  
**HOSPITAL GENERAL "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ"**

ENCUESTA: Demanda de servicios de atención Materno Infantil

OBJETIVO: Señalar los factores que influyen en la inexistencia del servicio de enfermería Materno Infantil

INSTRUCCIONES: Llenar esta encuesta con letra de molde y no usar abreviaturas.

**DATOS GENERALES:**

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Sexo: \_\_\_\_\_ 3.- Estado civil: \_\_\_\_\_

4.- Escolaridad: \_\_\_\_\_ 5.- Ocupación: \_\_\_\_\_

**DATOS ESPECÍFICOS:**

6.- ¿Qué edad tienen sus hijos? \_\_\_\_\_

---

7.- ¿Asiste usted a control del niño sano ?

Si (    )

No (    )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

8.- ¿Llevó usted control médico durante sus embarazos?

Si (    )

No (    )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

9.- ¿Quién atendió su último parto?

Médico (    )

Enfermera (    )

Partera (    )

Otros (    )

Especifique: \_\_\_\_\_

10.- ¿Conoce las ventajas de la lactancia materna?

Si (    )

No (    )

Si las conoce, mencione tres: \_\_\_\_\_

---

11.- ¿Sabe usted cuáles son los factores de riesgo durante el embarazo?

Si ( )

No ( )

12.- ¿Con qué frecuencia se enferman sus hijos de diarrea?

Muy frecuente ( )

Poco frecuente ( )

Nunca ( )

13.- ¿Sabe detectar signos de alarma cuando sus niños tienen enfermedades respiratorias?

Si ( )

No ( )

Mencione algunas: \_\_\_\_\_

14.- ¿Conoce usted el servicio de Enfermería Materno Infantil (EMI)?

Si ( )

No ( )

15.- ¿Le gustaría que existiera en este hospital el servicio de Enfermería Materno Infantil?

Si ( )

No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

16.- ¿Qué actividades le gustaría que le brinde este servicio?

OBSERVACIONES:

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**  
**HOSPITAL GENERAL "DR. BELISARIO DOMÍNGUEZ"**

ENCUESTA: Demanda de servicios de atención Materno Infantil

OBJETIVO: Señalar los factores que influyen en la inexistencia del servicio de enfermería Materno Infantil

INSTRUCCIONES: Llenar esta encuesta con letra de molde y no usar abreviaturas.

**DATOS GENERALES:**

1.- Edad: \_\_\_\_\_ 2.- Sexo: \_\_\_\_\_ 3.- Puesto que ocupa en la

Institución: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

**DATOS ESPECÍFICOS:**

6.- ¿Existe un programa de Enfermería Materno Infantil en esta Institución?

Si (    )

No (    )

7.- ¿En que departamento se lleva el control de la embarazada de bajo riesgo ?

8.- ¿En que servicio se lleva a cabo el control del niño sano?

9.- ¿Tiene conocimiento de la demanda que tiene el servicio de Enfermería Materno Infantil en esta unidad hospitalaria?

Si (    )

No (    )

10.- ¿Con cuántas enfermeras con formación en materno infantil y con licenciatura en enfermería cuenta esta unidad?

11.- ¿Usted creé necesario la implementación del servicio de Enfermería materno Infantil en el Hospital General "Dr. Belisario Dominguez" del ISSSTE?

Si (    )

No (    )

12.- ¿Creé usted que disminuiría la morbilidad perinatal si se implementara este servicio?

Si (    )

No (    )

13.- ¿Existen barreras para la creación del servicio de Enfermería Materno Infantil?

Si (    )

No (    )

14.- Si existen barreras, ¿podría usted salvarlas?

Si (    )

No (    )

15.- Mencione algunas barreras:

---

---

OBSERVACIONES:

---

---

---